

PAOLLA SANTIAGO SILVA

**A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA COMO PROBLEMA
BIOPOLÍTICO**

Florianópolis - SC
2012

PAOLLA SANTIAGO SILVA

**A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA COMO PROBLEMA
BIOPOLÍTICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Serviço Social do Centro Sócio-Econômico da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social.
Orientadora: Professora Doutora Myriam Raquel Mitjavila.

Florianópolis-SC
2012

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silva, Paolla Santiago

A gravidez na adolescência como problema biopolítico /
Paolla Santiago Silva ; orientadora, Professora Doutora
Myriam Raquel Mitjavila - Florianópolis, SC, 2012.

95 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro Sócio-Econômico. Programa de Pós-Graduação em
Serviço Social.

Inclui referências

1. Serviço Social. 2. Biopolítica. 3. Gravidez na
Adolescência . 4. Biopoder, Medicalização. 5. Políticas de
População. I. Mitjavila, Professora Doutora Myriam Raquel .
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Serviço Social. III. Título.

PAOLLA SANTIAGO SILVA

**A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA COMO PROBLEMA
BIOPOLÍTICO**

Dissertação julgada e aprovada para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social, no Programa de Pós-Graduação de Serviço Social do Centro Sócio-Econômico da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 27 de setembro de 2012.

Professora Doutora Helenara Silveira Fagundes
Coordenadora do programa

BANCA EXAMINADORA:

Professora Doutora Myriam Raquel Mitjavila - Presidente
Universidade Federal de Santa Catarina

Professora Doutora Elizabeth Ortega - Membro Externo
UDELAR – Universidade de La Republica - Montevidéu - Uruguai

Professora Doutora Sandra Noemi C. de Caponi – Membro
Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis-SC
2012

AGRADECIMENTOS

À UFSC e ao PPGSS por todo conhecimento proporcionado;

À minha orientadora, professora Myriam Mitjavila, por toda a paciência e dedicação, serei eternamente grata à senhora!!!

Às professoras Sandra Caponi e Elizabeth Ortega, por aceitarem o convite para participar deste momento e por suas contribuições tão significativas;

Aos meus pais, por todo o apoio, por estarem ao meu lado sempre e me dedicarem tanto amor;

À minha irmã, pelo nosso amor e amizade;

Aos amigos e familiares, por compreenderem todos os momentos de ausência;

À Deus, sem o qual nada seria possível.

A todos vocês meu muito obrigada!!!

“Como sempre, nas relações de poder, nos deparamos com fenômenos complexos que não obedecem à forma hegeliana da dialética. O domínio, a consciência de seu próprio corpo só puderam ser adquiridos pelo efeito do investimento do corpo pelo poder: a ginástica, os exercícios, o desenvolvimento muscular, a nudez, a exaltação do belo corpo... tudo isto conduz ao desejo de seu próprio corpo através de um trabalho insistente, obstinado, meticuloso, que o poder exerceu sobre o corpo das crianças, dos soldados, sobre o corpo sadio. Mas, a partir do momento em que o poder produziu este efeito, como consequência direta de suas conquistas, emerge inevitavelmente a reivindicação de seu próprio corpo contra o poder, a saúde contra a economia, o prazer contra as normas morais da sexualidade, do casamento, do pudor. E, assim, o que tornava forte o poder passa a ser aquilo por que ele é atacado... O poder penetrou no corpo, encontra-se exposto no próprio corpo... Lembrem-se do pânico das instituições do corpo social (médicos, políticos) com a ideia da união livre ou do aborto... Na realidade, a impressão de que o poder vacila é falsa, porque ele pode recuar, se deslocar, investir em outros lugares... e a batalha continua”. (Foucault, 2001, p.82).

RESUMO

SILVA, Paolla Santiago. **A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA COMO PROBLEMA BIOPOLÍTICO**

2012, 75 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

A presente dissertação tem o propósito de descrever os aspectos biopolíticos da gravidez na adolescência. Na primeira seção abordamos o Biopoder, fundamentando-nos nos pensamentos de Michel Foucault, a partir de sua construção onde a anátomo-política do corpo humano e a biopolítica da população constituiria o que chamamos de biopoder. Em seguida analisamos a sexualidade e o biopoder como dispositivos de controle social. Na segunda seção abordamos a medicalização da vida, iniciando com o campo médico e a medicalização do social. Demonstramos como a medicalização do social consiste numa estratégia biopolítica, e como a autonomia do saber médico constitui uma estratégia de controle social, através da instituição de normas e condutas sociais que delimitam as atividades da população. Na terceira seção tratamos da gravidez na adolescência, situando-a conforme a sociedade e o tempo histórico que ela ocorre, que junto às estratégias biopolíticas, delimitará se ela será considerada um problema ou não. Na última seção estudamos a Política de População no Brasil, demonstrando como dados demográficos, como as taxas de fertilidade, de natalidade e o planejamento familiar, o comportamento reprodutivo em geral também podem ser considerados estratégias biopolíticas.

Palavras-chave: Biopolítica; Gravidez na Adolescência; Biopoder; Medicalização; Políticas de População.

ABSTRACT

This thesis aims to describe the biopolitical aspects of teenage pregnancy. In the first section we discuss the Biopower, basing ourselves in the thoughts of Michel Foucault, from its construction where the anatomo-politics of the human body and the biopolitics of the population constitute what we call biopower. Then we analyze sexuality and biopower as devices of social control. In the second section we discuss the medicalization of life, starting with the medical field and the medicalization of society. We demonstrate how the medicalization of social biopolitics is a strategy, and how the autonomy of medical knowledge is a strategy of social control through the imposition of rules and social behaviors that limit the activities of the population. The third section dealt with teenage pregnancy, placing it as the historical society and the time it occurs, which together with the biopolitical strategies, delimit if it is considered a problem or not. In the last section we study the Population Policy in Brazil, demonstrating how demographics such as fertility rates, fertility and family planning, reproductive behavior in general may also be considered biopolitical strategies.

Keywords: Biopolitics; Teenage Pregnancy; Biopower; Medicalization; Population Policies.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 19 |
| I –GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E POLÍTICAS DE POPULAÇÃO..... | 21 |
| 1.1 A gravidez na adolescência no contexto das políticas de população no Brasil | 33 |
| 1.2 Elementos Biopolíticos da Problemática Social da Gravidez na Adolescência | 36 |
| II. A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA COMO PROBLEMA BIOPOLÍTICO..... | 41 |
| 2.1 Sexualidade e Biopoder: Controle da vida social..... | 46 |
| III O PAPEL DO SABER MÉDICO NA PROBLEMATIZAÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA | 55 |
| 3.1 O campo médico sanitário e a medicalização social | 64 |
| 3.2 A autonomia do saber médico e a medicalização do social | 67 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 71 |
| REFERÊNCIAS:..... | 75 |
| ANEXOS..... | 79 |
| ANEXO 01: Dados da Estatística Civil de 2010: Nascidos vivos, ocorridos no ano de 2010, segundo a idade da mãe na ocasião do parto: | 80 |
| ANEXO 02: Dados da Estatística Civil de 2009: Nascidos vivos, ocorridos no ano de 2009, segundo a idade da mãe na ocasião do parto: | 81 |
| ANEXO 03: Dados da Estatística Civil de 2008: Nascidos vivos, ocorridos no ano de 2008, segundo a idade da mãe na ocasião do parto: | 82 |
| ANEXO 04: Dados da Estatística Civil de 2007: Nascidos vivos, ocorridos no ano de 2007, segundo a idade da mãe na ocasião do parto: | 83 |
| ANEXO 05: Dados da Estatística Civil de 2006: Nascidos vivos, ocorridos no ano de 2006, segundo a idade da mãe na ocasião do parto: | 84 |

| | |
|--|----|
| ANEXO 06: Dados da Estatística Civil de 2006: Percentual de Nascidos Vivos, segundo os grupos de idade da mãe. Brasil – 2000-2006:..... | 85 |
| Anexo 7 - CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS SOBRE A PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: Cartilha: A Adolescente Grávida e os Serviços de Saúde no Município..... | 86 |
| Anexo 8 - CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS SOBRE A PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde..... | 87 |
| Anexo 9- CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS SOBRE A PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: Campanha Saúde do Adolescente (PROSAD): Sexualidade e Gravidez na Adolescência – Governo do Ceará. | 88 |
| Anexo 10 - CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS SOBRE A PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: Jornada de Educação Comunitária sobre Sexualidade e Saúde Reprodutiva de Adolescente e Adultos – Governo do Ceará. | 89 |
| Anexo 11 - CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS SOBRE A PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: Campanha: Adolescência Sem Filhos é Muito mais Legal – Secretaria da Saúde de Curitiba / Paraná. | 90 |
| Anexo 12 - CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS SOBRE A PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: Campanha de Prevenção da Gravidez Indesejada na Adolescência – Ministério da Saúde..... | 91 |
| Anexo 13 - CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS SOBRE A PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: Campanha de Prevenção da Gravidez Indesejada na Adolescência – Ministério da Saúde..... | 92 |
| Anexo 14 - CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS SOBRE A PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: Campanha de Prevenção da Gravidez Indesejada – Ministério da Saúde. | 93 |

| | |
|---|----|
| Anexo 15 - CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS SOBRE A PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: Campanha de Prevenção da Gravidez Indesejada – PROSAD – Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro/RJ (frente)..... | 94 |
| Anexo 16 - CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS SOBRE A PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: Campanha de Prevenção da Gravidez Indesejada – PROSAD – Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro/RJ (verso)..... | 95 |

INTRODUÇÃO

A presente dissertação de mestrado responde ao propósito de demonstrar que a questão da gravidez na adolescência emergiu na sociedade brasileira, ao longo da última década, como produto de um complexo processo de problematização do comportamento reprodutivo das mulheres pertencentes a setores da população que vivem em condições de pobreza.

Nesse sentido, a pesquisa está dirigida a descrever e analisar a natureza biopolítica dessa problematização, a partir da noção foucaultiana de biopoder, a qual faz referência à conversão da vida humana em alvo privilegiado dos processos de produção de saber e das tecnologias de poder das sociedades modernas.

A escolha do tema responde a inquietações em torno dos desafios e riscos que frequentemente se apresentam para a área do Serviço Social, tanto em termos de produção de conhecimento como de intervenção profissional, diante de diversas problemáticas, entre as quais se encontram aquelas referentes ao comportamento reprodutivo dos setores pobres de população. O principal tipo de desafio que pode ser percebido refere-se à necessidade de desnaturalizar questões que se apresentam aprioristicamente como realidades em si mesmas, a partir de parâmetros ideológicos e institucionais dominantes nos espaços de atuação do Serviço Social.

Duas das ideias fortemente estabelecidas como “verdades” acerca dessa problemática consistem na generalizada consideração da gravidez na adolescência como um fenômeno que tende a aumentar, e como evento que representa uma fonte considerável de riscos em termos de morbimortalidade materna e infantil.

Numa direção contrária a esses pressupostos, a presente proposta de pesquisa aponta para a desconstrução desse tipo de perspectiva, a partir de uma indagação em torno das condições sociais, políticas, econômicas e culturais que operaram como condições de possibilidade para que toda uma discursividade acerca dos males que representa a gravidez na adolescência ganhasse o espaço público em períodos recentes na sociedade brasileira.

Em termos de hipóteses, afirma-se que o caráter biopolítico desse fenômeno responde a uma transformação mais ampla das tecnologias políticas de gestão do social, fundamentalmente do ponto de vista de seu funcionamento como dispositivo biopolítico. Pretende-se igualmente demonstrar a relevância da participação do saber médico na construção

social do problema e na emergência de novas tecnologias e dispositivos para administrá-lo.

I – GRAVIDEZ NA ADOLÊSCENCIA E POLÍTICAS DE POPULAÇÃO

Em períodos recentes, a experiência da gravidez entre as adolescentes vem sendo amplamente problematizada por diversos segmentos do Estado e da sociedade, enquanto fenômeno que representa algum grau de ameaça à saúde pública e à vida social. Se considerarmos, em sentido *lato*, que a politização da vida humana em sua dimensão biológica remete ao campo dos estudos sobre biopolítica, e que o comportamento reprodutivo na adolescência se inscreve nesta condição, podemos considerar que tal problematização exprime os rumos que a gestão biopolítica das populações adota, principalmente em contextos de políticas sociais de cunho neoliberal, caracterizadas pela forte presença de programas e ações de caráter residual e focalizado.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a adolescência é o período compreendido entre 10 e 19 anos de idade, definido com base no desenvolvimento biológico, ou seja, desde o início da puberdade até o completo amadurecimento sexual e reprodutivo. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei 8069/1990, define como adolescente a pessoa entre doze e dezoito anos de idade (SILVA, 2009). Costa (2011), em sua revisão sobre a adolescência, afirma que:

“adolescer é uma época rica em manifestações emocionais, caracterizadas pela ambiguidade de papéis, pela mudança de valores e por dificuldades frente à busca de independência pela vida. Os adolescentes representam de 20 a 30% da população mundial, e no Brasil estima-se que essa proporção seja de 25%. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a gravidez na adolescência como uma gestação de alto risco devido a repercussões sobre a mãe e ao RN, além de acarretar problemas sociais e biológicos. A gravidez na adolescência pode levar consequências emocionais, sociais e econômicas para a saúde da mãe e seu filho e ocorre no extremo inferior da vida reprodutiva que é dos 10 aos 19 anos de idade” (Costa EL et. al. 2011, p.02).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) classifica os Nascidos Vivos¹, dentre outras formas, pela idade da mãe, ordenando-as em: menos de 15 anos; de 15 a 19 anos; de 20 a 24 anos; de 25 a 29 anos; de 30 a 34 anos; de 35 a 39 anos; de 40 a 44 anos; de 44 a 49 anos; com 50 anos ou mais de idade e Idade ignorada. Dessa forma classifica a adolescência como dos 15 aos 19 anos de idade. Por outra parte, alguns autores, entre os quais se encontram Dominguez (1996), definem a adolescência do ponto de vista do seu papel de fase preparatória para o ingresso à vida adulta e, nesse sentido, como um período de moratória psicossocial. Nos termos de Domingues (1996):

“(...) [Erikson 1980, afirma que] a adolescência puede considerarse como uma moratória psicosexual em El desarrollo humano, durante la cual el individuo (...) puede hallar, mediante libre experimentación de roles, um hueco em algún sector de su sociedad, um hueco que este firmemente definido y que sin embargo parezca estar exclusivamente hecho para el. (...) [Sendo que] uma moratória es um período de demora o pausa garantizado a alguien que no es aún capaz de asumir una obligación o ser forzado a ella, alguien que ha de concederse tiempo a sí mismo. Entendemos, pues, por moratória psicosexual uma plazamiento de los compromisos adultos y, sin embargo, no es tan solo uma plazamiento. Se trata de un período que está caracterizado por una permisividad selectiva por parte de La juventud y que también coduce com frecuencia a un profundo compromiso, si bien muchas veces transitorio, por parte de los jóvenes, terminando em una confirmación más o menos ceremonial Del compromiso, por parte de La sociedad... Tales moratorias muestran variaciones altamente individuales, especialmente acentuadas en personas muy dotadas (para lo bueno o bien para

¹Nascido Vivo: É a expulsão ou a extração completa de um produto da concepção do corpo materno, independentemente da duração da gestação, o qual, depois da separação do corpo materno, respire ou dê qualquer outro sinal de vida, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos da contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta (PRINCÍPIOS..., 1974 *apud* IBGE, 2010.).

lo malo) y existen, desde luego, variacion ES institucionales de acuerdo com los modos de vida de las culturas y las subculturas. Cada sociedad y cada cultura institucionaliza una cierta moratória para La mayoría de los jóvenes. Em su mayor parte, estas moratorias coinciden com aprendizajes y aventuras que van de acuerdo com los valores de La sociedad (...) (DOMINGUEZ. Graciela Infesta, 1996, p. 271)".

O conteúdo e alcance da moratória psicossocial atribuída à adolescência variam, conforme apontou Domingues no supracitado trecho, de acordo com o contexto sociohistórico e cultural. Assim, as experiências da gravidez e da maternidade têm sido excluídas desse período de moratória social somente em períodos bem recentes da história contemporânea. Em outras palavras, se até o fim da primeira metade do século XX, a maternidade era considerada, além de um destino "natural" das mulheres, um evento que idealmente deveria acontecer antes dos 25 anos de idade, nas últimas décadas assiste-se a uma proliferação de discursos, nos campos médico-sanitário e político, que condenam a ocorrência de gravidez em mulheres com menos de 20 anos de idade.

A referência ao contexto socio-histórico resulta iniludível se pretendemos compreender o comportamento reprodutivo das mulheres como fenômeno de caráter coletivo, muito além de suas dimensões individuais ou biográficas. Nesse sentido, Cavaşin e Arruda (1999, p.41) apontam que nos dois últimos séculos não existia a adolescência, haja vista que a "faixa etária entre 12 e 18 anos não tinha o caráter de passagem da infância para a vida adulta", já que nas meninas a idade ideal para o casamento dava-se entre os 12 e 14 anos de idade, e que, após essa idade, elas se tornavam "velhas para procriar". Assim, ainda de acordo com as autoras citadas, podemos observar o quanto "a concepção de adolescência está atrelada não só a fatores físicos e psicológicos como a fatores socioeconômicos que determinam o modelo de sociedade de cada época" (Cavaşin e Arruda, 1999, p.41). Dessa forma, conforme a sociedade é que se dará a noção de adolescência.

Podemos, então, formular a seguinte pergunta: Por que, na sociedade brasileira dos últimos vinte e cinco anos, proliferaram discursos e práticas por meio das quais a gravidez na adolescência torna-se objeto de problematizações e de ações no espaço público?

Antes de tentar encontrar respostas sobre os fatores que determinaram essa problematização, será preciso descrever as diferentes

maneiras através das quais a gravidez na adolescência começou a ser politizada.

Com efeito, a partir dos anos 80 do século XX, diversos argumentos emergiram no espaço público, adjetivando a gravidez na adolescência como algo negativo para a vida individual e coletiva. Frequentemente discursos oficiais lançaram mão do argumento que atribui à gravidez na adolescência a responsabilidade pela “transmissão” ou reprodução da pobreza. O Manual Pré-Natal e Puerpério, publicado em 2006, elucida tal afirmação:

“Os ônus relacionados à maternidade e à constituição da família podem dificultar o progresso da escolarização das mães, afetando a sua inserção exitosa no mercado de trabalho, colaborando, assim, para a continuidade do ciclo de pobreza com todas as más consequências para a qualidade de vida dessas jovens”. (BRASIL, Manual Pré-Natal e Puerpério, 2006).

Algumas formas de problematização deste fenômeno apoiam-se também em argumentos que destacam nas adolescentes uma “incapacidade fisiológica para gestar e incapacidade psicológica para criar” (CAMARANO, 1998). Também afirmam que na gravidez ocorrida na adolescência têm-se mais chances de acontecer um parto prematuro e do bebê nascer com baixo peso, conforme esclarece Costa (2011):

A ocorrência de partos prematuros e também recém nascidos (RN) de baixo peso são problemas de saúde pública, por gerar um custo elevado de despesas médicas hospitalares, com as internações dos RN em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Diversos estudos tem procurado relacionar a gravidez na adolescência e as características socioeconômica dos pais com esse fato. No Brasil, há uma estreita relação entre educação e maternidade. Resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostram maior frequência de gravidez em adolescentes de 15 a 19 anos sem escolarização do que naquelas com 9 a 11 anos de estudo. (Costa EL et. al. 2011, p.02).

Dessa forma, a gestação é tratada fundamentalmente como sendo de risco, indesejável, com consequências biológicas, psicológicas e sociais negativas (BRANDÃO, 2003). Além disso, Nunes (2012) afirma

que no Brasil o debate sobre a gravidez ocorrida na adolescência iniciou-se no “âmbito da saúde pública, a partir de uma preocupação com o aumento do número de partos realizados nos hospitais públicos em adolescentes com menos de 20 anos de idade, intensificando-se ao longo das duas últimas décadas”. A autora ainda elucida que:

“É interessante observar que a maternidade antes dos 20 anos há décadas atrás não era considerada um assunto alarmante. Em meados do século XX ela era até bem vinda, quando dentro de um projeto matrimonial, pois as moças com mais de 20 anos, sem perspectivas de casamento, eram vistas como *encalhadas*, sendo aos 25 consideradas *solteironas*. (Bassanezi;1997; p.619) As alterações nos padrões de fecundidade da população feminina brasileira, onde se observa um adiamento do projeto de maternidade ou mesmo a queda de fecundidade nos demais grupos etários; as redefinições na posição social da mulher gerando novas expectativas para as jovens no tocante à escolaridade e à profissionalização; e o fato da maioria desses nascimentos ocorrerem fora de uma relação conjugal estabelecida a priori, despertaram a atenção para o fenômeno que se tornou problema. É, portanto, no contexto das profundas modificações dos papéis sociais femininos e das novas expectativas depositadas sobre os jovens que a gravidez na adolescência ganha o adjetivo de “precoce” e “indesejável” (NUNES, 2012, p.03).

De acordo com alguns pesquisadores, a problematização da gravidez na adolescência começou a ganhar visibilidade no contexto nacional a partir da observação da redução significativa do número de filhos em todas as camadas sociais (GOLDANI, AM. 1994, *Apud*, SARTI, CA. 2005) e faixas etárias, embora isto tenha ocorrido em menor escala entre as adolescentes, nas últimas décadas.

Além disso, atualmente a sociedade definiu que a faixa dos 12 aos 20 anos de idade deve ser dedicada aos estudos e à preparação para o trabalho, num contexto de dependência econômico-familiar (Cavasin e Arruda, 1999, p.42). Ou seja, espera-se que os adolescentes virem adultos, terminem seus estudos, tenham um bom emprego, para então constituírem uma família e pensarem em ter filhos. No entanto, a gravidez na adolescência rompe com essa trajetória, e por isso é

classificada como sendo uma gravidez de risco. Daí dá-se a necessidade de problematização² da gravidez na adolescência.

O que chama a atenção na maior parte dos discursos que atribuem um caráter epidêmico à gravidez na adolescência é a permanente insistência em mostrar o crescimento progressivo de sua ocorrência. No entanto, os dados oficiais não permitem chegar a essa conclusão. À guisa de ilustração, apresentamos, na tabela abaixo, a evolução dos nascimentos no Brasil, por idade da mãe, no período de 2000 à 2010:

² No contexto da pesquisa que ora apresentamos, problematização “não quer dizer representação de um objeto preexistente, nem criação pelo discurso de um objeto que não existe. É o conjunto das práticas discursivas ou não discursivas que faz alguma coisa entrar no jogo do verdadeiro e do falso e a constitui como objeto para o pensamento”. (Foucault, 2010, p. 76 – grifos nossos).

Tabela 01: Percentual de Nascidos Vivos Segundo a Idade da Mãe – Brasil – 2000 a 2010

| Grupos de idade da mãe | Percentual de Nascidos Vivos (%) | | | | | | | | | | |
|------------------------|----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| Menor de 10 anos | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 10 a 14 anos | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 |
| 15 a 19 anos | 22,5 | 22,4 | 21,8 | 21,3 | 21,0 | 20,9 | 20,6 | 19,7 | 18,6 | 18,2 | 17,6 |
| 20 a 24 anos | 31,1 | 31,3 | 31,6 | 31,4 | 30,9 | 30,5 | 29,9 | 29,7 | 28,4 | 28,2 | 27,5 |
| 25 a 29 anos | 22,5 | 22,4 | 22,6 | 23,0 | 23,4 | 23,7 | 24,1 | 24,3 | 25,2 | 25,2 | 25,3 |
| 30 a 34 anos | 13,8 | 13,8 | 14,0 | 14,2 | 14,5 | 14,7 | 15,0 | 15,3 | 16,3 | 16,8 | 17,6 |
| 35 a 39 anos | 6,7 | 6,8 | 7,0 | 7,0 | 7,1 | 7,1 | 7,4 | 7,5 | 7,8 | 8,0 | 8,3 |
| 40 a 44 anos | 1,7 | 1,8 | 1,8 | 1,8 | 1,9 | 1,9 | 2,0 | 2,0 | 2,1 | 2,1 | 2,1 |
| 45 a 49 anos | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,2 |
| 50 anos/ mais | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Idade ignorada | 0,6 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,0 | 0,6 | 0,6 | 0,5 | 0,6 |

Fonte: IBGE e Ministério da Saúde. Elaborada por: Paolla Santiago Silva.

Conforme os dados acima apresentados, o percentual de nascidos vivos entre as adolescentes de 15 a 19 anos apresenta uma diminuição de 4,9% ao longo do período. Entre as faixas etárias menores que 15 anos de idade, não houve modificações significativas, no entanto, percebeu-se a diminuição de 3,6% no número de nascidos vivos de mãe na faixa etária de 20 a 24 anos. Já na faixa etária de 25 a 29 anos houve um aumento de 2,8% no número de nascidos vivos. Todas as outras faixas etárias tiveram aumento no número de nascimentos entre 2000 e 2010.

Na sociedade brasileira, os adolescentes formam o único grupo etário em que a taxa de fecundidade está crescendo. Nas demais faixas etárias, a fecundidade apresenta um declínio sistemático (CAMARANO 1998; PATARRA 1995). As pesquisas demográficas indicam ainda a concentração da fecundidade num intervalo mais curto do período reprodutivo das mulheres, com o aumento da presença das jovens, com idade entre 20 e 24 anos, na fecundidade total. Esse fenômeno tem sido chamado de rejuvenescimento da fecundidade (Pirotta, KCM..)

As Estatísticas do Registro Civil, divulgadas pelo IBGE, mostram o número de nascidos vivos, por idade das mães no Brasil, e utilizamos, para nossa pesquisa, os valores correspondentes aos nascimentos de mães adolescentes.

Para ilustrar os nascidos vivos de mães adolescentes ao longo da última década, elaboramos a seguinte tabela, a partir de dados oficiais (IBGE):

Tabela 02: Percentual de Nascidos vivos no Brasil

| Percentual de Nascidos Vivos de mães adolescentes por Ano e Idade da Mãe: | | | | | | | |
|--|---|--------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Ano: | Total de nascimentos de todas as idades: | Menos de 15 anos: | 15 anos: | 16 anos: | 17 anos: | 18 anos: | 19 anos: |
| 2010³ | 2 760 961 | 0,8 | 9,2 | 15,8 | 21,2 | 25,6 | 28,2 |
| 2009⁴ | 2 764 642 | 0,8 | 9,1 | 15,6 | 21,3 | 25,4 | 28,6 |
| 2008⁵ | 2 798 042 | 0,8 | 8,8 | 15,3 | 20,8 | 25,5 | 29,6 |
| 2006⁶ | 2 803 938 | 0,8 | 8,1 | 15,1 | 21,5 | 26,5 | 29,0 |

Fonte: IBGE. (Elaboração própria).

Podemos observar que entre 2006 e 2010, os produtos vivos nascidos de mães menores de 15 anos de idade, permaneceram constante, correspondendo a 0,8% do total dos nascimentos no Brasil. Já entre as adolescentes que contavam com 15 anos de idade na ocasião do nascimento do bebê, o percentual de nascidos vivos aumentou 1,1%. Os nascimentos de mães com 16 anos de idade aumentaram 0,7% nestes quatro anos. Já os nascidos vivos de mães adolescentes que estavam com 17 anos de idade na ocasião do parto tiveram uma queda de 0,3% no período analisado. Da mesma forma, os nascimentos de mães com 18 anos de idade apresentaram uma redução de 0,9%, e entre as mães com 19 anos de idade, ocorreu uma redução de 0,8% no número de nascidos vivos, entre os anos de 2006 e 2010.

Podemos auferir dos dados expostos que ocorreu uma redução no total de nascidos vivos nos últimos quatro anos, sendo que do ano de 2006 para o ano de 2010 ocorreu uma redução de 42977 partos. Além disso, é possível auferir que entre as adolescentes com menos de 15 anos de idade, o percentual de nascidos vivos permaneceu constante no período analisado. Já o percentual de adolescentes que tiveram produtos nascidos vivos entre os anos de 2006 e 2010, e contavam com 15 e 16 anos na ocasião do parto, apresentaram um aumento significativo, haja vista a redução desse percentual em adolescentes de 17, 18 e 19 anos de idade. Foram apenas essas duas faixas etárias, entre adolescentes, que apresentaram aumento no percentual de nascidos vivos no período

³ ANEXO 01 – Nascidos Vivos no Ano de 2010

⁴ ANEXO 02 – Nascidos Vivos no Ano de 2009

⁵ ANEXO 03 – Nascidos Vivos no Ano de 2008

⁶ ANEXO 05 – Nascidos Vivos no Ano de 2006

analisado, num contexto de redução no percentual de nascidos vivos nas outras faixas etárias adolescentes, e no total de nascimentos no Brasil.

A tabela abaixo mostra o percentual de nascimentos no Brasil, com produtos nascidos vivos de mães adolescentes na faixa etária de 15 à 19 anos de idade, e com menos de 15 anos de idade:

Tabela 03: Percentual de nascimentos no Brasil, de mães adolescentes, por ano:

| | Total Nascimentos Brasil: | de no | Nascimentos de mães de 15 a 19 anos (%): | Nascimento de mães menos de 15 anos (%): |
|-------------|--|------------------|---|---|
| 2000 | 2 611 422 | | - | - |
| 2001 | 2 509 354 | | 20,5 | 0,7 |
| 2002 | 2 581 055 | | 20,0 | 0,7 |
| 2003 | 2 814 763 | | 20,0 | 0,7 |
| 2004 | 2 813 704 | | 19,9 | 0,7 |
| 2005 | 2 874 753 | | 19,9 | 0,7 |
| 2006 | 2 799 128 | | 19,7 | 0,8 |
| 2007 | 2 755 371 | | 19,3 | 0,8 |
| 2008 | 2 789 820 | | 18,6 | 0,8 |
| 2009 | 2 764 642 | | 18,1 | 0,8 |
| 2010 | 2 760 961 | | 17,6 | 0,8 |

Fonte: IBGE. (Elaboração própria).

A partir da Tabela 03, podemos observar quena última década os nascimentos que tiveram como resultado um produto nascido vivo, de mães adolescentes com menos de 15 anos de idade, não tiveram mudanças muito significativas, permanecendo constantes, e tendo um aumento de 0,1% a partir do ano 2006, mas continuando constante até o final da década.

Também podemos auferir desta tabela que ocorreu uma redução de 2,9% no percentual de produtos nascidos vivos de mães adolescentes (entre 15 e 19 anos), demonstrando que o número de nascimentos de mães adolescentes, ao contrário do que se propaga na mídia e em alguns discursos oficiais, não está aumentando.

Os dados até aqui apresentados permitem afirmar que a conversão da gravidez na adolescência em problema social tem ocorrido com relativa independência de bases fatuais que lhe deem sustentação. Neste sentido, vale a pena registrar as observações de Glassner, (2003, p. 164) quem aponta que no início da década de 1990, nos EUA (Estados Unidos da América), as mães adolescentes “foram retratadas como sendo muito mais ameaçadoras e numerosas do que realmente

eram. A mídia não revelou que apenas cerca de um terço das mães adolescentes tinham menos de 18 anos e menos de uma menina em 50 tinha 14 anos ou menos”. Da mesma forma no Brasil, onde a gravidez na adolescência é problematizada como um problema de saúde pública que só tende a crescer, sendo que a partir dos dados estatísticos de contagem de população, percebemos que este percentual tem diminuído, e da mesma forma que Glassner relatou sobre as mães adolescentes dos EUA, as mães adolescentes no Brasil tem sido retratadas como sendo muito mais numerosas do que realmente são, e também não esclarecem que o percentual de adolescentes menores de 15 anos de idade é notoriamente menor que o de adolescentes com idades próximas aos 20 anos.

Neste tipo de problematização torna-se necessário estabelecer uma precisão: o que se problematiza não é o fato de as adolescentes engravidarem, e sim a existência de um produto nascido vivo desta gravidez, ou seja, o que se coloca em questão não é a gravidez em si mesma, e sim o impacto demográfico da sua ocorrência, conforme podemos observar no PNDS⁷ 2006:

“A problemática sobre a gravidez na adolescência, cada vez mais presente no discurso dos representantes da Sociedade Civil, poderá desencadear um processo de diminuição da fecundidade entre as mulheres jovens. É provável que isto se concretize, como já sugerem os dados da PNDS e das PNAD mais recentes. Nesse caso, a fecundidade geral será afetada, pois, ao se adiar a possibilidade de ter filhos em idades precoces, a TFT de período poderá diminuir em curto prazo, mesmo que o nível da fecundidade de coorte se mantenha ou venha a aumentar”. (BRASIL, 2009, p.84).

Ao mesmo tempo, parece razoável levantar a hipótese de que a conversão da gravidez adolescente em problema biopolítico envolve quase que exclusivamente o comportamento reprodutivo “bem sucedido” apenas das adolescentes que vivem em situação de pobreza. Nesse sentido, observa-se frequentemente, nos mais diversos âmbitos do espaço público uma retórica que atribui à gravidez na adolescência, como apontado anteriormente, a responsabilidade pela reprodução da

⁷ PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança

pobreza. Dessa forma, concordamos com Nunes (2012, p.06), que na gravidez ocorrida na adolescência, dois aspectos são fundamentais:

“o primeiro é que os estudos sobre a gravidez na adolescência tratam a questão a partir de uma perspectiva universalizante, homogeneizando as diferenças sem relação às faixas etárias e às inserções sociais. O segundo é que a gravidez na adolescência se torna um problema na medida em que está na contramão de um projeto biopolítico de gestão da produção e reprodução do corpo social que pressupõe a maternidade como um projeto racional. (Nunes, 2012, p. 06)”.

Outro elemento que merece ser destacado na problematização da gravidez na adolescência refere-se ao papel estruturante dos critérios de normalidade que traçam o perfil etário ideal para o exercício da maternidade. A adolescência, principalmente na faixa dos 15 aos 19 anos, foi por muito tempo considerada a face da vida da mulher mais apropriada para procriar, sendo que apenas em períodos muito recentes o exercício “normal” da maternidade apoia-se na ideia de um início mais tardio das gestações, além de uma redução do tamanho da prole. Além disso, conforme demonstramos, não há um consenso sobre a delimitação de idade da adolescência. Nos dados do IBGE, a delimitação é feita na faixa dos 15 aos 19 anos, sendo que para o ECA a adolescência vai dos 12 aos 18 anos incompletos. Se as estatísticas populacionais utilizassem esse critério o percentual de gravidez na adolescência diminuiria consideravelmente, haja vista que o maior número de partos adolescentes, conforme exposto, encontram-se na faixa dos 18 e 19 anos de idade.

Além disso, a faixa etária considerada adolescente sofreu algumas mudanças nos últimos anos. Conforme observa Glassner (2003):

“(…) Recentemente, há apenas um século, a idade média para a primeira menstruação era 16 anos ou mais, enquanto as meninas de hoje em dia normalmente apresentam seu primeiro ciclo menstrual aos 13 anos, e algumas tão precocemente quanto aos nove anos. Alguns cientistas responsabilizam as dietas ricas em calorias e o estilo de vida sedentário por essa maturidade biológica precoce das meninas contemporâneas, mas independentemente da

razão, as implicações de uma menstruação precoce são simples. Apenas ultimamente é que a sociedade exige que as meninas aguardem tanto tempo a partir do início da maturidade sexual para ter filhos” (Glassner, 2003,p.166).

A gravidez na adolescência é um fenômeno que sempre esteve presente na sociedade, e é problematizado conforme a sociedade na qual a adolescente está inserida, haja vista que, conforme foi demonstrado, o contexto social é quem vai determinar se a gravidez na adolescência é um problema ou não na sociedade e no tempo histórico analisado.

No contexto brasileiro, a partir de recomendações internacionais e das políticas de população abordam-se os Direitos Sexuais e os Direitos Reprodutivos como forma de garantir os direitos fundamentais das mulheres. Trataremos da gravidez na adolescência no contexto das políticas de população no Brasil.

1.1 A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE POPULAÇÃO NO BRASIL

Abordaremos a política de população no Brasil com o intuito de demonstrar seu caráter eugênico e suas relações com as estratégias biopolíticas no controle da reprodução ampliada da pobreza. Conforme apontamos, através das práticas biopolíticas têm-se o controle sobre a vida e sobre a morte, em algumas de suas dimensões. Essa nova tecnologia do poder controla a proporção dos nascimentos e dos óbitos, a taxa de reprodução, a fecundidade de uma população, entre outros, que juntamente com um arcabouço de problemas econômicos e políticos foram os primeiros objetos de saber e os primeiros alvos de controle da biopolítica. Além disso, foram as primeiras formas de uma política global de natalidade (FOUCAULT,2010.)

As taxas de fertilidade, de natalidade e o planejamento familiar, o comportamento reprodutivo em geral, funcionam como mecanismos de controle da burguesia sobre a classe trabalhadora, e nada mais são que dispositivos biopolíticos. Além disso, a reprodução da força de trabalho determina os fenômenos demográficos, e o tamanho e a qualidade da força de trabalho é que vão determinar o tamanho da população trabalhadora e das populações não trabalhadoras. Também o aumento da produtividade é fundamental para determinar os padrões de mortalidade e fertilidade da força de trabalho, e é assim que o capitalismo efetua a síntese dialética da economia do trabalho humano, ao mesmo tempo em

que aumenta a potência das forças de trabalho.(FOUCAULT,2010; BERQUÓ,2003)

Conforme mencionamos, o corpo e a sexualidade regem a sociedade, dominando-a, e um dos artifícios mais utilizados é a reprodução da população. Dessa forma, as políticas de população no Brasil respondem à lógica dominante no que diz respeito à sua divulgação. Difundem-se informações que respondem à lógica do pensamento dominante, e manipulam informações para isso. Berquó e Cavenaghi (2003) elucidam esta afirmação ao atentarem para interpretações equivocadas de dados estatísticos sobre a chamada “explosão demográfica”:

Dado o número de artigos publicados na Folha de S.Paulo ("O silêncio diante da explosão demográfica", de Dráuzio Varella, do dia 14 de dezembro 2002, Folha Ilustrada; Rediscutindo a natalidade", de Cacilda Teixeira da Costa, do dia 20 de janeiro de 2003, pág. A3 - Tendências e Debates), e no Globo ("Nossa Opinião", Opinião, Primeiro Caderno, e "Visão Simplista", pág. 6, Outra Opinião, ambos de Lúcia Souto, publicados, sob a rubrica Tema em Discussão: Planejamento Familiar, em 18 de janeiro de 2003), creio fundamental a divulgação, no Observatório da Imprensa, das informações contidas no artigo abaixo. O recente ressurgimento na mídia da preocupação com a explosão demográfica no país, por corresponder a um temor equivocado, merece alguns esclarecimentos. Apoiar tal preocupação na afirmação de que a população brasileira quase que duplicou nos últimos trinta anos – quando passou de 93.139.037 em 1970 para 169.799.170 em 2000 – é ignorar que se tivesse prevalecido a taxa anual de crescimento populacional registrada até 1970, de 2,9%, teríamos chegado a 219.570.223! O fato é que deixaram de nascer 50 milhões de pessoas nesse período, fruto do acentuado e sistemático declínio da taxa de fecundidade, que desacelerou o crescimento anual da população. (BERQUÓ, CAVENAGHI, 2003, p.02)

Assim, percebemos que muitas das informações que recebemos dos meios de comunicação de massa, podem ter uma interpretação equivocada da realidade, e trazem preocupações que nem sempre são

verdadeiras, estigmatizando diversas parcelas da população. A respeito da gravidez na adolescência, podemos observar que esta cresce diferentemente das estimativas, no entanto, faz parte de uma política de população que tem o intuito de disseminar que a gravidez na adolescência é propagadora da pobreza no Brasil. Porém o que frequentemente passa despercebido é que esta gravidez é considerada um risco quando a adolescente provém de camadas empobrecidas da população, pois quando estas pertencem a uma classe mais alta, a gravidez na adolescência deixa de ser um problema e vira uma opção.

Isso implica resgatarmos o conceito de dispositivo da sexualidade, o qual abordamos anteriormente. Este dispositivo aplicou-se primeiramente no corpo, nos prazeres, nas diversas relações, e o sexo passou a ser um dispositivo disciplinar, qualificando o comportamento do indivíduo como normal ou desviante. Dessa forma, o sexo é visto como estratégia de poder, controlando os indivíduos e mapeando seus comportamentos, controlando e regulando a população, já que essa se constitui num interesse do Estado. Assim, a maneira que o indivíduo utiliza seu sexo passa a ser preocupante já que “através da economia política da população forma-se toda uma teia de observações sobre o sexo. Surge a análise das condutas sexuais, de suas determinações e efeitos, nos limites entre biológico e o econômico” (FOUCAULT, 2005, p. 32; COSTA, D.P. BOZZ, A.F.C., 2011). Dessa forma, o sexo e a sexualidade passam a ser um meio de classificar condutas sociais. Através de suas resultantes (gravidez, aborto, morte, entre outros), contabilizam-se ações utilizadas para fins estatísticos.

No caso brasileiro, as fontes de informações provenientes de cartórios, maternidades e outras de base domiciliar, permitem calcular o número de nascimentos, por meio de técnicas demográficas que se constituem como referências para estimar a fecundidade e a natalidade no país. Dentre essas, as principais são o Censo Demográfico e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS).

Os nascimentos ocorridos por ano têm como fonte as Declarações de Nascidos Vivos, emitidas pelas maternidades brasileiras, e os registros de nascimentos, disponibilizados pelos Cartórios de Registro Civil de Pessoas Naturais, e são divulgados pelo IBGE por meio da pesquisa Estatística do Registro Civil. Essa forma de administração dos nascimentos permite emergir uma rede de saber sobre as populações que inclui os estudos estatísticos sobre demografia, as taxas diferenciais de mortalidade e os registros de nascimento e doença, possibilitando o estudo e a inferência de dados diversos.

Através do apontado e das pesquisas realizadas, observamos que a educação sexual para adolescentes visam prevenir a gravidez, e não planejá-la. As adolescentes devem investir em outras áreas antes de ter filhos. Existem diversas campanhas publicitárias que visam essa prevenção. Algumas abordam os Serviços de Saúde presentes em cada município (Anexo 07), orientando a adolescente à um atendimento pleno durante a gravidez. No entanto são medidas focalizadas, que os municípios implantam se acharem conveniente.

1.2 ELEMENTOS BIOPOLÍTICOS DA PROBLEMATIZAÇÃO SOCIAL DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Existem algumas normativas e regulamentações referentes à Gravidez na Adolescência, que tem por objetivo prevenir que a mesma venha a acontecer. Muitas campanhas de prevenção são veiculadas pelo governo, a fim de atingir as adolescentes para que as mesmas não engravidem. A gravidez na adolescência é problematizada pelo seu caráter eugênico, a fim de evitar que esta aconteça, haja vista que a gravidez na adolescência é problematizada como um meio de transmissão da pobreza. No entanto, nem sempre o tema é abordado a partir dos direitos dessas adolescentes.

Existem diversos programas, projetos, legislações que abarcam a gravidez na adolescência, como as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (Anexo 08). Estas diretrizes abordam a gravidez na adolescência necessariamente como indesejada, e incentivam a prevenção. Abordam os direitos dos jovens e adolescentes, mas de forma breve. Das campanhas publicitárias, referente à Gravidez na Adolescência que tivemos acesso, o governo do Ceará distribuiu panfletos, numa campanha de prevenção à gravidez na adolescência, falando sobre sexualidade e gravidez na adolescência, ensinando métodos contraceptivos, entre outros (Anexo 09). Além disso, realizou uma Jornada de Educação Comunitária sobre Sexualidade e Saúde Reprodutiva de Adolescente e Adultos (Anexo 10). Já no estado do Paraná, no município de Curitiba, foi realizada uma campanha de prevenção à gravidez na adolescência, cujo tema era: Adolescência Sem Filhos é Muito mais Legal – Realizada pela Secretaria da Saúde de Curitiba (Anexo 11).

Já o Ministério da Saúde realizou a Campanha de Prevenção da Gravidez Indesejada na Adolescência e a Campanha de Prevenção da Gravidez Indesejada na Adolescência (Anexo 12) e a Campanha de

Prevenção da Gravidez Indesejada (Anexo 13 e Anexo 14), disponibilizando diversas informações para a população-alvo.

No entanto, percebemos que as ações nem sempre atingem o público a que se destina, por serem pontuais e focalizadas. Uma educação sexual e em saúde, que de fato seja efetiva, consiste na necessidade da população brasileira. Essa educação sexual deve ser embasada nos Direitos Sexuais e nos Direitos Reprodutivos, que foram uma conquista cuja trajetória inicia-se com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948. A partir desta, a comunidade internacional, por intermédio da Organização das Nações Unidas, firmou “diversas convenções internacionais em que estabelecem estatutos comuns de cooperação mútua e mecanismos de controle, que garantam a não violação e o exercício pelo cidadão de um elenco de direitos considerados básicos à vida digna, os chamados direitos humanos” (BRASIL, 2007).

A Constituição Federal brasileira elegeu como um dos princípios norteadores das relações nacionais e internacionais a prevalência dos direitos humanos, cumprindo então as obrigações internacionais assumidas e também às exigências das Convenções Internacionais de Direitos Humanos. A partir daí, em 1990 foi aprovado o Estatuto da Criança e do Adolescente; neste mesmo ano foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080/1990) que regulamenta a disposição constitucional que concebeu a saúde como um direito social, independente de contribuição, criando o Sistema Único de Saúde (SUS); em 1996 foi aprovado o Programa Nacional de Direitos Humanos; em 2003 foi aprovada a Lei Orgânica da Assistência Social (Loas – Lei n.º 8.742/1993) que regulamenta o direito constitucional (art. 203) à assistência social do Estado, independente de contribuição, e que expressamente garante a proteção especial à adolescência e ao amparo aos adolescentes carentes; em 1996 foi aprovada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDB – Lei n.º 9.394/1996), que regulamenta o direito à educação também como direito público subjetivo de todo cidadão.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) reconhece todas as crianças e todos os adolescentes como sujeitos de direitos nas diversas condições sociais e individuais:

Art. 3.º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades,

a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. (*Estatuto da Criança e Adolescente – Lei n.º 8.069, de 13/7/1999*)

O ECA prevê que a condição de pessoa em desenvolvimento não retira da criança e do adolescente o direito à inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a identidade, a autonomia, os valores e as ideias, o direito de opinião e expressão, de buscar refúgio, auxílio e orientação. Dessa forma, a preservação do sigilo e o consentimento informado, junto com a privacidade, constituem direitos fundamentais do adolescente.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei n.º 9.394, de 20/12/1996) “estabelece a incumbência da União Federal na elaboração do Plano Nacional de Educação em colaboração com estados, Distrito Federal e municípios, outorgando ao Conselho Nacional de Educação, funções normativas e de supervisão nesse sentido” (BRASIL, 2007). Esta lei incluiu a educação para a saúde, abordando temas como a orientação sexual e a gravidez na adolescência. A inclusão da temática foi uma estratégia para reduzir o número de gravidez “indesejada” na adolescência, focando na prevenção, além de doenças sexualmente transmissíveis.

As Leis Orgânicas da Saúde (Lei n.º 8.080, de 19/9/1990 e Lei n.º 8.142, de 28/12/1990) regulamentam o comando constitucional de um modelo descentralizado e universal – a saúde como um direito de todos.

A Lei Orgânica da Assistência Social (Lei n.º 8.742, de 7/12/1993), tem como destaque em seus objetivos o amparo aos adolescentes carentes. O direito à saúde constitui um direito humano fundamental, e é concebido numa perspectiva integradora e harmônica dos direitos individuais e sociais, um direito tutelar que exclui qualquer outra norma que se mostre prejudicial ao bem juridicamente tutelado à saúde da pessoa humana (BRASIL, 2007).

O ECA consolida os direitos básicos dos adolescentes, e dispõe a doutrina de proteção integral da criança e do adolescente:

Art. 3.º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. (BRASIL, 1990).

Os direitos sexuais e reprodutivos são constituídos por alguns direitos humanos fundamentais e já reconhecidos em leis nacionais e internacionais “e nascem a partir da definição de saúde reprodutiva, buscando interagir os direitos sociais, principalmente, o direito à saúde, à educação, à informação, com os direitos individuais de não interferência e de não discriminação” (BRASIL, 2007). Seus comandos centrais são: decidir livremente e responsavelmente sobre a própria vida sexual e reprodutiva; ter acesso à informação; ter acesso aos meios para o exercício dos direitos individuais livre de discriminação, coerção ou violência.

O Plano de Ação da Conferência Mundial de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), introduziu na normativa internacional o conceito de direitos reprodutivos, “inserindo os adolescentes como sujeitos que deverão ser alcançados pelas normas, programas e políticas públicas” (BRASIL, 2007). Em 1999, a ONU avançou nos direitos dos jovens através da revisão de documentos, retirando a menção aos pais no direito dos adolescentes e garantindo o direito dos adolescentes “à privacidade, ao sigilo, ao consentimento informado, à educação, inclusive sexual no currículo escolar, à informação e assistência à saúde reprodutiva” (BRASIL, 2007). O Comitê de Direitos da Criança, através da Recomendação Geral n.º 4, de 6 de junho de 2003, traçou recomendações sobre o direito à saúde dos adolescentes, fixando o alcance dos princípios da Convenção Internacional dos Direitos da Criança e a obrigações dos estados em promovê-lo. Grande parte da recomendação refere-se à saúde sexual e à saúde reprodutiva dos jovens, demonstrando a preocupação internacional sobre o tema, que possui relação direta com desenvolvimento. Dessa forma, a recomendação do Comitê afirma que garantir os direitos dos adolescentes nos serviços de saúde “independente da anuência de seus responsáveis, vem se revelando como elemento indispensável para a melhoria da qualidade da prevenção, assistência e promoção de sua saúde” (BRASIL, 2007, p.47).

No cenário brasileiro essa problematização da gravidez na adolescência começa a tornar-se nítida nos anos 90 do século XX, em consonância com as orientações e diretrizes de órgãos e agências internacionais vinculados à promoção e prevenção da saúde sexual e reprodutiva e às políticas públicas de combate à pobreza, tais como OMS, OPAS, UNICEF, entre outros (MITJAVILA, 1999).

Esse tipo de orientação encontrou um terreno favorável à problematização da gravidez na adolescência nos países da região, especialmente durante o período de ajuste estrutural das economias, acontecido na década de 1990. Trata-se de um período no qual as

políticas de combate à pobreza caracterizaram-se pela ênfase na focalização das ações nos grupos de população mais vulneráveis e em condições de pobreza. Nesse contexto, proliferaram tecnologias biopolíticas voltadas, entre outras coisas, à regulação e vigilância do comportamento reprodutivo das mulheres pobres (GRASSI, 1994; MITJAVILA, 1999), enquanto fator de risco para a reprodução ampliada da pobreza, e seu impacto na composição das populações nacionais, abrindo, dessa forma, interrogantes acerca do caráter eugênico da orientação das políticas de população que vigoraram nesse período.

Percebemos que os programas do Ministério da Saúde são transversais, pontuais e focalizadas, e nem sempre atingem o público a que se destina.

Para fundamentarmos a análise da problemática da gravidez na adolescência abordaremos o biopoder como estratégia de controle social.

II. A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA COMO PROBLEMA BIOPOLÍTICO

Nesta seção abordaremos o corpo e a sexualidade como estratégias de biopoder. Iniciaremos a seção tratando o corpo e a sexualidade como formas de controle da população, ou seja, como uma estratégia de controle social, a partir do pensamento de Michel Foucault.

Para fundamentarmos nossos estudos faremos uma breve revisão bibliográfica sobre o corpo e a sexualidade, baseando-nos nos escritos de Michel Foucault (2010), para então adentrarmos na temática do biopoder e da medicalização da vida, e posteriormente abordarmos a questão da gravidez ocorrida na adolescência como mecanismos de controle social.

De acordo com Foucault (2010), no século XVII as práticas sexuais não eram feitas em segredo; falava-se abertamente sobre sexo e tinha-se uma tolerante familiaridade com o ilícito. Os corpos “pavoneavam” sem nenhuma vergonha, sem incômodos nem escândalos. No entanto, através da burguesia vitoriana a sexualidade é encerrada, escondida dentro de casa, e confiscada pela família conjugal, passando a ter apenas a função de reproduzir. Passa a haver segredos em torno do sexo, e no espaço social ele só ocorre no quarto dos pais. Inicia-se uma era de repressão, e a sexualidade é negada pela hipócrita sociedade burguesa. Outros lugares em que o sexo era tolerado eram nas casas de saúde e no *rendez-vous* (prostíbulos). Apenas nestes locais o sexo selvagem teria direito a algumas das formas do real, mas bem insularizadas e de forma clandestina. Fora destes lugares o puritanismo moderno impôs seu tríplice decreto de interdição, inexistência e mutismo (FOUCAULT, 2010).

Foucault (2010) lembra ainda que a repressão foi, desde a época clássica, a maneira fundamental de ligação entre poder, saber e sexualidade, e podendo somente ser liberada a um preço considerável, como uma transgressão das leis, suspensão das interdições, uma irrupção da palavra, uma restituição do prazer ao real, e uma nova economia dos mecanismos do poder, haja vista que a menor eclosão de verdade é condicionada politicamente (FOUCAULT, 2010).

Tal discurso sobre a repressão moderna do sexo é sustentado pela facilidade do seu domínio. Ainda de acordo com Foucault (2010), no século XVII - a chamada Idade da Repressão após centenas de anos de livre expressão da sexualidade - coincide com o desenvolvimento do capitalismo, fazendo parte da ordem burguesa. Uma explicação para isto dar-se-ia pelo fato do sexo ser incompatível com uma colocação no

trabalho, geral e intensa, na época em que se explora sistematicamente a força de trabalho, não se poderia tolerar que ela fosse esvaecida nos prazeres, a não ser, minimamente, naqueles que lhe permitem reproduzir-se (FOUCAULT, 2010).

Falar sobre sexo, contra os poderes, dizendo a verdade e prometendo o gozo, juntamente com a vontade de mudar a lei, explica também o valor mercantil do sexo. O autor explicita que somos a única civilização que certos prepostos recebem contribuição para escutar as pessoas fazerem confissões sobre seu sexo. No entanto, refere que mais que a incidência econômica, é a existência de um discurso que liga entre si o sexo, a revelação da verdade, a inversão da lei do mundo, o anúncio de um novo dia e a promessa de uma certa felicidade (FOUCAULT, 2010).

Foucault (2010) explicita que a afirmação de uma sexualidade - que nunca foi dominada com tanto rigor como na época da burguesia negociata - é acompanhada pela ênfase de um discurso destinado a dizer a verdade sobre o sexo, a modificar sua economia no real, a subverter a lei que o rege, a mudar seu futuro. Neste ponto o autor tem o objetivo de situar uma série de análises históricas, indicando alguns pontos historicamente significativos e esboço de certos problemas teóricos. Um ponto importante é saber de que forma, através de quais canais e discursos o poder consegue chegar às mais tênues e mais individuais condutas. Outro é revelar a “vontade de saber”, que serve como suporte e instrumento.

Para o autor mencionado, fazer da interdição do sexo o elemento fundamental e constituinte, escrevendo a história do que foi dito sobre o sexo a partir da Idade Moderna, é uma ilusão. Em suma, o autor tem o intuito de desvincular a análise dos privilégios que se atribuem normalmente à economia de escassez e aos princípios de rarefação, para buscar as instâncias de produção discursiva, de produção de poder, das produções de saber, fazendo a história dessas instâncias e de suas transformações. A partir do fim do século XVI, o sexo foi colocado em discurso e submetido a uma crescente incitação, onde ocorreu a disseminação e implantação das sexualidades polimorfos e que a vontade de saber se obstinou em constituir uma ciência da sexualidade (FOUCAULT, 2010).

O Século XVII, de acordo com Foucault (2010) seria o início de uma época de repressão característica das sociedades burguesas, no entanto há uma verdadeira explosão discursiva em torno do sexo. Segundo o autor mencionado, foram criadas novas regras de decência, controle das enunciações, estabelecendo-se regiões de silêncio absoluto,

ou mesmo de tato e discrição: entre pais e filhos, educadores e alunos, patrões e serviçais. Em compensação, no nível dos discursos e de seus domínios, não cessaram de proliferar, principalmente a partir do século XVIII. Houve um aumento dos discursos sobre sexo no campo do exercício do poder, e Foucault (2010) exemplifica com a evolução da pastoral católica e do sacramento da confissão, após o Concílio de Trento. Nesta, também ocorreu uma incitação a se falar de sexo, descrevendo as posições dos parceiros, atitudes, gestos, toques, todo um exame minucioso do ato sexual em sua própria execução (FOUCAULT, 2010).

O discurso sobre o sexo foi incitado durante o século XVIII com mecanismos de poder e controle buscando-se o domínio do sexo. Nasce uma incitação política, econômica e técnica a falar do sexo, sob forma de análise, de contabilidade, de classificação e de especificação. Da mesma forma, em seguida, surge a polícia do sexo, que é a necessidade de regular o sexo por meio de discursos úteis e públicos e não pelo rigor de uma proibição (FOUCAULT, 2010).

Uma novidade nas técnicas de poder, no XVIII, foi o surgimento da população como um problema econômico e político. Os governantes percebem que tem que lidar com uma população e seus problemas específicos: natalidade, morbidade, esperança de vida, fecundidade, estado de saúde, incidência das doenças, forma de alimentação e de habitat. O sexo passa a ser um problema econômico e político da população, fazendo-se necessário analisar a taxa de natalidade, a idade do casamento, os nascimentos legítimos e ilegítimos, a precocidade e a frequência das relações sexuais, a maneira de torná-las fecunda ou estéreis, o efeito celibato ou das interdições, a incidência das práticas contraceptivas. É a primeira vez em que, de maneira constante, uma sociedade afirma que seu futuro e sua fortuna estão ligados à maneira como cada qual usa seu sexo. Através da economia política da população forma-se uma teia de observações sobre o sexo. Entre o Estado e o indivíduo o sexo tornou-se objeto de disputa (FOUCAULT, 2010).

O mesmo acontece com o sexo das crianças e em todas as classes sociais. Nas escolas, inclusive, a arquitetura era planejada para os regulamentos de disciplina e para toda organização interior. Constatou-se que essa sexualidade existe e é precoce, ativa e permanente. O sexo dos adolescentes neste século passa a ser um problema público. Envolvem-se médicos, diretores dos estabelecimentos, professores, para controlar o sexo. Ainda neste século, o sexo das crianças e dos adolescentes passou a ser um importante foco em torno do qual se

dispuseram inúmeros dispositivos institucionais e estratégias discursivas (FOUCAULT, 2010).

O segredo do sexo não é, sem dúvida, a realidade fundamental em relação a qual se dispõem todas as incitações a falar de sexo. O que é próprio das sociedades modernas não é o fato de terem condenado sexo a permanecer na obscuridade, mas sim o terem devotado a falar sempre dele, valorizando-o como o segredo (FOUCAULT, 2010).

Os séculos XIX e XX foram as idades da multiplicação, onde ocorreu uma dispersão de sexualidades, um reforço de suas formas absurdas, uma implantação múltipla das “perversões”, sendo uma época iniciadora de heterogeneidades sexuais (FOUCAULT, 2010).

O século XX foi marcado pelos discursos de verdade sobre o sexo, onde o autor delimita os procedimentos pelos quais a vontade de saber relativa ao sexo, que caracteriza o ocidente moderno, fez funcionar os rituais da confissão nos esquemas da regularidade científica: através de uma codificação clínica do “fazer falar”; através do postulado de uma causalidade geral e difusa; através do princípio de uma latência intrínseca à sexualidade; através do método da interpretação; através da medicalização dos efeitos da confissão (FOUCAULT, 2010).

A *scientia sexualis*⁸, segundo Foucault (2010), foi desenvolvida a partir do século XIX, e tem como âmago o rito da confissão obrigatória, que no Ocidente cristão, constitui-se como a primeira técnica para produzir a verdade do sexo (FOUCAULT, 2010).

A “sexualidade” é o correlato desta prática discursiva desenvolvida lentamente, que é a *scientia sexualis*. As características fundamentais dessa sexualidade não traduzem uma representação mais ou menos confundida pela ideologia, ou um desconhecimento induzido pelas interdições; correspondem às exigências funcionais do discurso que deve produzir sua verdade. No ponto de intersecção entre uma técnica de confissão e uma discursividade científica, lá onde foi preciso encontrar entre elas alguns grandes mecanismos de ajustamento, a sexualidade foi definida como sendo um domínio penetrável por processos patológicos, solicitando intervenções terapêuticas ou de

8 *Corresponde a uma ciência do sexo, uma ciência que pretendia iluminar esse aspecto do ser humano. “No ocidente configurou-se a *scientia sexualis*, onde a confissão é central na produção de saberes sobre o sexo. Os ocidentais são levados a confessar tudo, expor seus prazeres, uma obrigação já internalizada. A confissão estabelece uma relação de poder onde aquele que confessa se expõe, produz um discurso sobre si, enquanto aquele que ouve interpreta o discurso, redime, condena, domina”.* (MONTEIRO, 1997).

normalização; um campo de significações a decifrar; um lugar de processos ocultos por mecanismos específicos; um foco de relações causais infinitas, uma palavra obscura que é preciso desencavar e escutar. É a economia dos discursos, sua tecnologia intrínseca, as necessidades de seu funcionamento, as táticas que instauram os efeitos de poder que os sustentam e que veiculam. A história da sexualidade – isto é, daquilo que funcionou no século XIX como domínio de verdade específica – deve ser feita, antes de mais nada, do ponto de vista de uma história dos discursos (FOUCAULT, 2010).

A questão sobre o que somos, em alguns séculos, uma certa corrente nos levou a colocá-la em relação ao sexo. Nem tanto ao sexo-natureza, mas ao sexo-história, ao sexo-significação, ao sexo-discurso. Esta série de estudos a respeito das relações históricas entre o poder e o discurso sobre o sexo tem projeto circular no sentido de se tratar de duas tentativas mutuamente dependentes (FOUCAULT, 2010).

Ao analisar a formação de um determinado tipo de saber sobre o sexo, não em termos de repressão ou de lei, mas em termos de poder, pode-se correr o risco de induzir a vários mal-entendidos, a respeito de sua identidade, forma e unidade. O poder deve ser compreendido como a multiplicidade de correlações de força imanentes ao domínio onde se exerce e constitutivas de sua organização. O poder está em toda parte, não porque englobe tudo, e sim porque provém de todos os lugares. Não é uma instituição e nem uma estrutura, não é uma certa potência de que alguns sejam dotados, é o nome dado a situação estratégica complexa numa sociedade determinada (FOUCAULT, 2010).

Nas relações de poder, a sexualidade não é o elemento mais rígido, mas um dos dotados da maior instrumentalidade: utilizável no maior número de manobras, e podendo servir de ponto de apoio, de articulação às mais variadas estratégias. Não existe uma estratégia única, global, válida para toda a sociedade e uniformemente referente a todas as manifestações de sexo: a ideia, por exemplo, de muitas vezes se haver tentado, por diferentes meios, reduzir todo o sexo à sua função reprodutiva, à sua forma heterossexual e adulta e à sua legitimidade matrimonial não se explica, sem a menor dúvida, os múltiplos objetivos visados, os inúmeros meios postos em ação nas políticas sexuais concernentes aos dois sexos, as diferentes idades e classes sociais (FOUCAULT, 2010, p.98).

A princípio, parece possível distinguir a partir do século XVIII, quatro grandes conjuntos estratégicos, que desenvolvem dispositivos específicos de saber e poder a respeito do sexo. São eles: *histerização do corpo da mulher* – a mulher mãe, com sua imagem em negativo que é a

“mulher nervosa”, constitui a forma mais visível desta histerização; *pedagogização do sexo da criança* – dupla afirmação, de que quase todas as crianças se dedicam ou são suscetíveis de se dedicar a uma atividade sexual, e esta, sendo indevida, ao mesmo tempo sendo “natural” e “contra a natureza”, traz consigo perigos físicos e morais, coletivos e individuais; *socialização das condutas de procriação* – socialização econômica por intermédio das incitações, ou freios, à fecundidade dos casais, através de medidas sociais ou fiscais, socialização política e socialização médica; *psiquiatrização do prazer perverso* – o instinto sexual foi isolado como instinto biológico e psíquico autônomo, procurou-se uma tecnologia corretiva para tais anomalias (FOUCAULT, 2010).

Assim, as relações de sexo, deram lugar, em toda a sociedade, a um dispositivo de aliança: sistema de matrimônio, de fixação e desenvolvimento dos parentescos, de transmissão dos nomes e dos bens. Este dispositivo de aliança, com os mecanismos de constrição que o garantem, com o saber muitas vezes complexo que requer, perdeu importância à medida que os processos econômicos e as estruturas políticas passaram a não mais encontrar neles um instrumento adequado ou um suporte suficiente (FOUCAULT, 2010).

As sociedades ocidentais modernas inventaram e instalaram, sobretudo a partir do século XVIII, um novo dispositivo que se sobrepõe ao primeiro e contribui para reduzir sua importância. É o dispositivo da sexualidade: como o de aliança, este se articula aos parceiros sexuais; mas de um modo inteiramente diferente. O dispositivo de aliança se estrutura em torno de um sistema de regras que define o permitido e o proibido, o prescrito e o ilícito; o dispositivo de sexualidade funciona de acordo com técnicas móveis, polimorfos e conjunturais de poder (FOUCAULT, 2010).

A sexualidade estava brotando, nascendo de uma técnica de poder que, originariamente, estivera centrada na aliança. A célula familiar, da mesma forma que foi valorizada no século XVIII, permitiu que, entre marido e mulher e entre pais e filhos se desenvolvessem os principais elementos do dispositivo de sexualidade (o corpo feminino, a precocidade infantil, a regulação dos nascimentos e em menor proporção, a especificação dos perversos) (FOUCAULT, 2010).

2.1 SEXUALIDADE E BIOPODER: CONTROLE DA VIDA SOCIAL

A partir do século XVIII, na concepção de Michel Foucault (1998), assiste-se ao nascimento de uma nova tecnologia política

centrada na vida. Trata-se de um processo que o autor define com o termo *biopoder*. Consiste numa corrente de administração da vida na qual confluem duas formas ou vertentes: uma “anátomo-política do corpo humano” e uma “biopolítica da população”.

Uma delas, que Foucault denomina “anátomo-política do corpo humano”, é centrada no “corpo como máquina”, em seu adestramento, controle, disciplina, na sua “integração em sistemas de controle eficazes e econômicos” através de disciplinas que atravessam a totalidade do tecido social, tendo como desígnio a sujeição, a disciplina dos corpos. A outra, uma “biopolítica da população”, que “centrou-se no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade” (Foucault, M., 1998, p. 152), entre outros, com todas as condições que podem fazê-los variar, assumindo tais processos através de diversas intervenções e controles reguladores. Ambas as vertentes (as disciplinas do corpo e as regulações da população) constituiriam os dois pólos em torno dos quais organizaram-se a produção de saber e o exercício de poder sobre a vida.

O referido autor ainda elucida que o controle da sociedade sobre o indivíduo dá-se através do corpo, e que “foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política”. (Foucault, M., 1998, p. 47). Esse tipo de controle é exercido pelas sociedades sobre os corpos e nos corpos, o que converte a medicina em uma estratégia biopolítica, sendo este o conceito que Foucault (1978, p. 170) utiliza “para designar o que faz com que a vida e seus mecanismos possam entrar no domínio de cálculos explícitos e o que transforma o saber-poder num agente de transformação da vida humana”. É nesse espaço da biopolítica que “o poder de morte aparece como complemento de um poder que se exerce positivamente sobre a vida, que procura administrá-la, aumentá-la, exercer sobre ela controles precisos e regulações gerais.” (FOUCAULT, 1978, p. 165).

A importância e o alcance da noção de biopoder na obra de Foucault é sinteticamente apresentada por Caponi (2009, p.531) nos seguintes termos:

“Lembremos que o conceito de biopolítica foi enunciado pela primeira vez numa conferência ministrada por Foucault em 1974 na Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Essa palestra foi publicada em 1977 com o nome de O Nascimento

da Medicina Social (FOUCAULT, 1989, p. 79-99). O texto aponta um deslocamento significativo nas estratégias de poder: o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. (FOUCAULT, 1989, p. 82). Porém, é no quinto capítulo da *Vontade de Saber* que Foucault esclarece e aborda detidamente o conceito de biopoder por oposição ao direito de morte que caracterizaria o poder do soberano (MICHAUD, 2000, p. 16). Por fim, essa temática será retomada no curso do Collège de France dos anos de 1975 e 1976, dedicado à problemática da guerra de raças e às suas relações com o biopoder (FOUCAULT, 2004); no curso de 1977-78, Segurança, território e população (FOUCAULT, 2004), e no curso de 1978-79, dedicado ao Nascimento da Biopolítica (FOUCAULT, 2005).” (CAPONI, 2009, p.531).

Do ponto de vista foucaultiano as vertentes anátomo-política e biopolítica do biopoder articulam-se por meio de dispositivos que agem diretamente sobre os corpos porque respondem à estratégia de “penetrar os corpos de maneira cada vez mais detalhada e controlar as populações de maneira cada vez mais global” (Foucault, 1991, p. 130). Podemos nos perguntar até que ponto essa perspectiva, que Foucault concebeu para analisar o dispositivo da sexualidade, poderia iluminar nossa compreensão sobre a problemática da gravidez na adolescência como problema contemporâneo.

Da mesma forma, em sua aula, de 11 de janeiro de 1978, Foucault (2009, p.3), define biopoder como:

“(…) o conjunto de mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder. Em outras palavras, como a sociedade, as sociedades ocidentais modernas, a partir do século XVIII, voltaram a levar em conta o fato biológico fundamental de que o ser humano constitui uma espécie humana. É em linhas gerais o que chamo,

o que chamei, para lhe dar um nome, de biopoder”.

Nesse sentido, Rabinow & Rose (2006), discutem a vigência do conceito de biopoder para examinar o presente. Estes autores optam pela utilização do termo “biopolítica” para se referir a ambas as vertentes do biopoder:

“(...) o conceito de ‘biopoder’ serve para trazer à tona um campo composto por tentativas mais ou menos racionalizadas de intervir sobre as características vitais da existência humana. As características vitais dos seres humanos, seres viventes que nascem, crescem, habitam um corpo que pode ser treinado e aumentado, e por fim adoecem e morrem. E as características vitais das coletividades ou populações compostas de tais seres viventes. E, enquanto Foucault é de algum modo impreciso em seu uso dos termos no campo do biopoder, podemos usar o termo ‘biopolítica’ para abarcar todas as estratégias específicas e contestações sobre as problematizações da vitalidade humana coletiva, morbidade e mortalidade, sobre as formas de conhecimento, regimes de autoridade e práticas de intervenção que são desejáveis, legítimas e eficazes.” (RABINOW, P. ROSE, N., 2006, p. 28).

Ao mesmo tempo, Rabinow e Rose (2006) referem que a sexualidade foi o dispositivo biopolítico por excelência do período histórico analisado por Foucault, e que a reprodução biológica teria se convertido em um dos principais focos das estratégias biopolíticas da contemporaneidade:

“Para Foucault, a sexualidade era crucial, em parte por que era o elo que conectava uma anatomo-política do corpo humano a uma biopolítica da população. Porém, hoje, talvez ao longo dos últimos cinquenta anos, essas instâncias se tornaram desconexas. A sexualidade tem sido desacoplada em certo grau das práticas e do simbolismo da reprodução, e a própria reprodução tem se tornado o objeto de uma série de formas de conhecimento, tecnologias e estratégias políticas que têm pouco a ver com a sexualidade. Mais ou menos a partir da década de 1970 podemos ver

um triplo movimento. A questão da reprodução passa a ser problematizada, tanto nacional quanto supra-nacionalmente, por causa de suas consequências econômicas, ecológicas e políticas – superpopulação, limitação ao crescimento etc.” (RABINOW, P. ROSE, N., 2006, p. 43).

Dessa forma, segundo o autor, a sexualidade fica desvinculada da reprodução, e, conforme afirma Foucault (2005), “a sexualidade está exatamente na encruzilhada do corpo e da população. Portanto, ela depende da disciplina, mas depende também da regulamentação” (Foucault, 2005, p.300). Além disso, profere que a sexualidade foi extremamente valorizada pela medicina no século XIX, tendo assim “(...) seu princípio nessa posição privilegiada da sexualidade entre organismo e população, entre corpo e fenômenos globais” (Foucault, 2005, p.300).

Para elucidar o referido papel da sexualidade, Rabinow e Rose (2006) afirmam que no término dos anos 1980 vigoraram políticas de controle populacional entre os pobres, limitando a procriação e enfatizando “a importância do consentimento voluntário e da escolha informada, e afirmavam que o objetivo era prevenir o mistério das mortes maternas e a mortalidade pré-natal no Terceiro Mundo” (RABINOW, P. ROSE, N., 2006, p. 46). Estudos realizados pelos referidos autores afirmam que a esterilização feminina voluntária é um dos métodos contraceptivos predominantes da atualidade, no entanto têm sido utilizados, em muitos países, com fins equivocados, tendo como foco principalmente as camadas populacionais consideradas ‘problemáticas’ ou ‘indesejáveis’. Dessa forma, ainda de acordo com os autores citados, os críticos concluíram que esta técnica reitera as práticas nazistas de esterilização, sendo o atual sucessor da esterilização e das campanhas de controle populacional dos anos 1970 e 1980, equivalendo à eugenia global. Nesta perspectiva, Rabinow e Rose (2006) indicam que:

Se utilizamos o termo eugenia para aplicar a qualquer intervenção sobre a reprodução, a morbidade e a mortalidade da população, ele cobre tudo o que diga respeito à contracepção, desde o aborto à saúde pública, e seu uso torna-se meramente parte de uma crítica retórica geral. A eugenia – o aprimoramento do estoque biológico da população – adquiriu inclusive formas tanto negativas quanto positivas, mas, em cada caso, era

direcionada para maximizar a aptidão racial a serviço de uma disputa biológica entre os países. As formas do conhecimento biológico que informam nossos modos de governar os outros e a nós próprios não são mais aquelas da sobrevivência do mais apto. A limitação da população de acordo com os interesses da prosperidade econômica nacional não opera de acordo com o diagrama biopolítico da eugenia, e não é o mesmo que a purificação da raça pela eliminação dos degenerados. (RABINOW ROSE, 2006, p.46).

Além disso, ilustrariam essa orientação atual das estratégias biopolíticas os processos de politização do aborto e a conversão da reprodução humana como alvo de intervenções legítimas (agora dissociada da questão da sexualidade), que, segundo Rabinow e Rose, são capazes de fazer “da reprodução um campo de problemática, no qual um conjunto de conexões aparece entre o individual e o coletivo, o tecnológico e o político, o legal e o ético. Este é um espaço biopolítico por excelência”. (RABINOW, P. ROSE, N., 2006, p. 44). Os autores ainda afirmam que atualmente estamos vivenciando uma fase de mudanças, no entanto “os rumos permanecem obscuros” e não há precisão do estágio que nos encontramos. No entanto, segundo os mesmos, é possível identificar três elementos chave fundamentais em toda transformação: ‘o conhecimento de processos de vida vitais’; ‘as relações de poder que adotam os humanos como seres vivos como seu objeto’; e, também, ‘os modos de subjetivação através dos quais os sujeitos atuam sobre si próprios *quas* seres vivos’, assim como suas múltiplas combinações. (RABINOW, P. ROSE, N., 2006, p.53).

De acordo com Foucault (2010, p. 153), “o biopoder foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pode ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos”. Além disso, o capitalismo exigiu mais, demandando “o crescimento tanto de seu reforço quanto de sua ‘utilizabilidade’ e de sua docilidade”; também estabelecendo métodos de poder que ampliavam “as forças, as aptidões, a vida em geral, sem por isso torná-las mais difíceis de sujeitar”; “seu desenvolvimento dos grandes aparelhos de Estado, como instituições de poder, garantiu a manutenção das relações de produção”, os elementos da anátomo e da bio-política concebidos no século XVIII como “técnicas de poder

presentes em todos os níveis do corpo social e utilizadas por instituições bem diversas, (a família, o Exército, a escola, a polícia, a medicina individual ou a administração das coletividades)” operaram no nível dos processos econômicos, em seu desenvolvimento, “das forças que estão em ação em tais processos e os sustentam”.

Foucault (2005) também se refere à biopolítica e ao biopoder como uma nova tecnologia do poder, definindo-os como:

“um conjunto de processos como a proporção dos nascimentos e dos óbitos, a taxa de reprodução, a fecundidade de uma população, etc. São esses processos de natalidade, de mortalidade, de longevidade que, justamente na segunda metade do século XVIII, juntamente com uma porção de problemas econômicos e políticos (os quais não retomo agora), constituíram, acho eu, os primeiros objetos de saber e os primeiros alvos de controle dessa biopolítica. (...) Isso foi também o esboço de uma política de natalidade ou, em todo caso, de esquemas de intervenção nesses fenômenos globais da natalidade” (Foucault, 2005, p.289).

Ou seja, a partir do exposto, o autor demonstra que através da biopolítica exerce-se controle sobre a população a partir de diversos aspectos, como a higiene, o estabelecimento de regras e normas no cuidado com a saúde, a demografia, entre outros, exercidos através da medicina, com o intuito de manter o controle biopolítico da população. Por meio do biopoder têm-se o controle sobre os nascimentos, a reprodução e fecundidade de uma população, ou seja, uma política de natalidade que confere ao Estado – nova materialização do soberano - o poder sobre a vida. E através da biopolítica institui-se os meios que possibilitam esse controle. Tal processo tem como objeto a população, e baseia-se na estatística e na biomedicina para se legitimar. Esse “poder sobre a vida” se estabelece através da instituição de diversos dispositivos, como por exemplo, o de caráter sexual, que possibilitam a intervenção do Estado sobre a vida da população.

No entanto, a partir do século XX, o poder sobre a vida assume novas características, deixando de ser gerenciado pelo Estado, e transferindo-se para a esfera privada ou social, criando biossociabilidades que fomentam o agrupamento de indivíduos de acordo com determinados critérios, como por exemplo, de saúde. Nessa perspectiva, observam-se novas formas de controle social, que incidem de forma relevante sobre o corpo dos indivíduos, e que quando recaem

sobre o feminino, esse controle social dá-se, em sua grande maioria, sobre o corpo, a sexualidade e a reprodução. Dessa forma, constata-se que os instrumentos de poder e biopoder, seja por meio do poder disciplinar ou do biopoder - analisados por Foucault - seja por meio das formas de poder da sociedade contemporânea - denominada sociedade de controle ou sociedade de risco - estão vinculados ao controle do corpo e da sexualidade, especialmente das mulheres, que ao longo da história foram controladas e castradas através de instrumentos imbricados ao seu corpo e à sua sexualidade. Assim, concordamos com Emmemrick, R. (2007) que o controle do corpo e da sexualidade das mulheres sempre esteve presente na história, sendo uma forma de “dominação, repressão e domesticação do feminino”. Estes fundamentam-se em discursos da igreja, do Estado, da medicina e do judiciário, sendo muitas vezes usados em conjunto para tentar justificar “a dominação masculina através da ideologia da inferioridade feminina” (Emmemrick, R. 2007).

Assim, o biopoder utiliza-se de diversos mecanismos para controlar e disciplinar através do corpo, como é o caso da medicalização, utilizada como estratégia biopolítica de controle da população. Na próxima seção abordaremos a medicalização.

III O PAPEL DO SABER MÉDICO NA PROBLEMATIZAÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

As sociedades modernas têm sido permeadas por estratégias biopolítica nas quais o saber e a prática médica desempenham um papel privilegiado. A medicina aproximou-se do biopoder através de atividades nas áreas da saúde pública e do controle epidemiológico, e cada vez mais amplia sua atuação na economia, haja vista que enquanto atividade técnico-científica o saber médico dispõe de amplo conhecimento sobre a produção, conservação e perda da vida humana (MITJAVILA, 1999). Tais conhecimentos produzidos pela medicina, quando desenvolvidos através do processo de medicalização, implicam na expansão dos parâmetros técnicos e ideológicos, possibilitando a intervenção em diversas áreas da vida social (MITJAVILA, 1999). Assim, segundo Luz (1988), a medicalização consiste num processo onde a medicina apropria-se do modo de vida dos seres humanos de forma a passar a interferir na construção de normas, costumes, conceitos, regras e comportamentos sociais. Nesse sentido, pode-se afirmar que a medicalização assume caráter político ao intervir no espaço social. (MITJAVILA, 1998, p.08).

De acordo com pesquisas realizadas, a “Carta Sobre a Medicalização da Vida”, (Buenos Aires, 2011) afirma que:

A expressão ‘medicalização’, cunhada nos anos 1970, foi usada por Ivan Illich em seu livro ‘A expropriação da saúde: nêmesis da medicina’, ao alertar que a ampliação e extensão do poder médico minavam as possibilidades das pessoas de lidarem com os sofrimentos e perdas decorrentes da própria vida, transformando as dores da vida em doenças. Segundo o autor, a vida estaria sendo medicalizada pelo sistema médico que pretendia ter autoridade sobre pessoas que ainda não estariam doentes, sobre pessoas para quem não se poderia racionalmente esperar a cura, e sobre pessoas com problemas para os quais os tratamentos prescritos por médicos teriam resultados semelhantes aos dos oferecidos por familiares mais experientes. As expressões medicalização e patologização designam processos que transformam, artificialmente, questões não médicas em problemas médicos. Problemas de diferentes ordens são apresentados

como “doenças”, “transtornos”, “distúrbios” que escamoteiam as grandes questões políticas, sociais, culturais, afetivas que afligem a vida das pessoas. Questões coletivas são tomadas como individuais; problemas sociais e políticos são tornados biológicos.

Assim, a vida é medicalizada e fatores de diversas ordens são tratados como problemas médicos, patologizando a vida social. Ainda sobre medicalização, o Manifesto de Lançamento do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade - que é um resultado do I Seminário Internacional “A Educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e outros supostos transtornos”, ocorrido em São Paulo, entre 11 a 13 de novembro de 2010 – esclarece que:

Entendemos por medicalização o processo em que as questões da vida social, sempre complexas, multifatoriais e marcadas pela cultura e pelo tempo histórico, são reduzidas à lógica médica, vinculando aquilo que não está adequado às normas sociais a uma suposta causalidade orgânica, expressa no adoecimento do indivíduo. Assim, questões como os comportamentos não aceitos socialmente, as performances escolares que não atingem as metas das instituições, as conquistas desenvolvimentais que não ocorrem no período estipulado, são retiradas de seus contextos, isolados dos determinantes sociais, políticos, históricos e relacionais, passando a ser compreendidos apenas como uma doença, que deve ser tratada.

Neste manifesto, ainda consta que:

A medicalização tem sido alvo de grande preocupação, gerando muitos debates, ações frente ao poder público e articulação com os conhecimentos acadêmicos. Entendemos por medicalização o processo em que as questões da vida social, sempre complexas, multifatoriais e marcadas pela cultura e pelo tempo histórico, são reduzidas à lógica médica, vinculando aquilo que não está adequado às normas sociais a uma suposta causalidade orgânica, expressa no adoecimento do indivíduo. Assim, questões como os comportamentos não aceitos socialmente, as

performances escolares que não atingem as metas das instituições, as conquistas desenvolvimentais que não ocorrem no período estipulado, são retiradas de seus contextos, isolados dos determinantes sociais, políticos, históricos e relacionais, passando a ser compreendidos apenas como uma doença, que deve ser tratada.

Dessa forma, medicaliza-se a vida, interferindo nesta e controlando-a, a partir de conhecimentos e normas sociais, produzidas e estabelecidas e controladas pela medicina. Assim, a nível de ilustração, Braghini (2012) informa que:

Foi lançada este mês, durante audiência pública na Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados, a campanha “Não à Medicalização da Vida”. A campanha vai debater a medicalização da educação nas escolas, que se tornou um problema de saúde coletiva, principalmente nos últimos 10 anos. A razão estaria na aposta dos pais em aumentar o rendimento escolar para se adequar aos padrões de adaptação produtiva e docilidade, exigidos pela sociedade atual. Marilene Proença, conselheira do CRP – Conselho Regional de Psicologia, destacou na ocasião, que a medicalização excessiva em diversas áreas da vida, transforma em transtorno, em distúrbios (classificações psiquiátricas), problemáticas de ordem social, política e cultural. Esses rótulos inserem as pessoa no campo das patologias. Talvez esta conscientização social e política na saúde pública seja o primeiro passo para as pessoas, em larga escala, questionarem antes de se colarem a um rótulo ou aderir a um novo medicamento.

Dessa forma a campanha posiciona-se contra a medicalização da vida, no que tange ao excesso da mesma e que, segundo a referida autora tem como consequência a patologização de “problemáticas de ordem social, política e cultural”, conforme mencionado anteriormente.

A partir de um breve resgate histórico objetivamos demonstrar a trajetória da medicina ao longo dos últimos séculos, no que tange à medicalização da vida social. No século XIX, a medicina social esteve presente nas relações familiares, medicalizando-as através de políticas higienistas. A família passou a ser avaliada como incapaz de cuidar da

vida de crianças e adultos, devido às altas taxas de mortalidade infantil e as condições sanitárias precárias dos adultos. Assim, os médicos higienistas conseguiram:

“impor à família uma educação física, moral, intelectual e sexual, inspirada nos preceitos sanitários da época. (...) Converteu, além do mais, os predicados físicos, psíquicos e sexuais de seus indivíduos em insígnias de classe social. A família nuclear e conjugal, higienicamente tratada e regulada, tornou-se no mesmo movimento, sinônimo histórico de família burguesa”. (COSTA, 1999, p. 12-13).

A educação sexual tinha por objetivo tornar homens e mulheres reprodutores e cuidadores de seus filhos. Assim, a sanidade física da família burguesa evoluiu com esta recondução da sexualidade (masculina e feminina), pois passou-se a valorizar as funções sócio-sentimentais no papel de pai e mãe, suscitando um forte desenvolvimento de repressão sexual intrafamiliar. Em contrapartida, o amor entre pais e filhos atingiu o apogeu almejado pelos higienistas, de forma a estes estarem a disposição no auxílio a esses pais, quando haviam receios e dúvidas quanto a criação de seus filhos. Assim, os especialistas se mantêm presentes para apresentar quais são os excessos e as faltas de amor dos pais. (COSTA, 1999).

Com isso podemos inferir desse processo de medicalização da família, que “a norma familiar produzida pela ordem médica solicita de forma constante a presença de intervenções disciplinares por parte dos agentes de normalização.” (COSTA, 1999, p. 15). Na realidade, de acordo com Costa (1999), a partir desta norma introduzida nas famílias do século XIX que atualmente questiona-se a desagregação familiar, a qual é consequência da educação higiênica. Tal desagregação aparece como uma nova oportunidade da medicina utilizar recursos terapêuticos para resolver esse novo problema familiar, através de terapias, pedagogias terapêuticas, remédios e outros, desconsiderando fato social presente nesse processo de desagregação, e redobrando as medidas terapêuticas de controle. (MATTES, 2010, p.17).

Dessa forma, as pessoas adaptam-se à ordem do poder abandonando condutas consideradas inaceitáveis e passando a adotar novas características, tanto sentimentais quanto corporais e sociais. De fato, o Estado moderno faz uso de equipamentos de normalização para solucionar urgências políticas e efetivar seus interesses, o que ocorre, de

acordo com Costa (1999, p.50), segundo Foucault, a partir do século XIX graças à “invasão progressiva do espaço da lei pela tecnologia da norma.” (MATTES, 2010, p.18).

Tendo em vista as normalizações referenciadas, de acordo com SINGER (1981 *apud* MITJAVILA, 1999), o acervo de investigação empírica disponível denota como determinadas fases do ciclo vital – passando pela gravidez e o nascimento – têm-se convertido, sob o ponto de vista da medicina, em fatores de risco. Deste modo, a medicina técnico-científica, mesmo tendo menos de cem anos de existência, adquiriu preeminência notória baseada fundamentalmente em seu caráter de autoridade experta (MITJAVILA, 1999). Os conhecimentos produzidos pela medicina sobre doenças e seus respectivos tratamentos, e também sobre o corpo humano, são considerados verdades absolutas, tratados como incontestáveis, o que permite uma analogia com as religiões de Estado no passado, que possui um monopólio, aprovado oficialmente, de definir e medicalizar a saúde e a doença nos seres humanos (MITJAVILA, 1999). Ainda de acordo com a autora:

“Com el término medicalización, las ciencias social ES suelen indicar los procesos de ampliación de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene sobre áreas de la vida social que en otro momento exhibían un mayor grado de externalidad respecto a sus tradicionales competencias”. (MITJAVILA, 1992, p.37).

Sendo assim, Mitjavila (1999) aponta que a noção de medicalização pode colocar-se em um nível muito alto de generalidade, o que pode dificultar e comprometer sua desagregação analítica e operacional. Para tanto, faz-se necessário estimar seu potencial interpretativo, problematizando as relações conceituais que o termo medicalização possa ter.

Nessa perspectiva, ainda de acordo com a referida autora, Crawford (1980) atribui dois significados à noção de medicalização: A primeira diz respeito à crescente intervenção da medicina no *setor de condutas socialmente desviadas*, as quais em períodos anteriores eram objeto de controle principalmente por parte do direito e da religião, substituindo noções de pecado ou tabu por outras referentes ao universo das doenças, transtornos e anormalidades.

“Lo que em El pasado era llamado crimen, locura, degeneración, pecado, y aun pobreza, em nuestros

días es llamado enfermedad, y la política social pasó a adoptar una perspectiva adecuada a ala imputación de enfermedad. Lãs cadenas se rompieron y por todos lados El profesionalismo de La salud se erigió para legitimar La reivindicación de que La conducta adecuada ante La desviación es el<tratamiento>em las manos de una profesión responsable y diestra”. (FRIEDSON, 1978 apud MITJAVILA, 1999, p.12).

Já o segundo sentido conferido por Crawford para o termo medicalização designa a expansão de problemas sociais que são compilados em termos de saúde e doença. Segundo Mitjavila, 1999), é importante ressaltar o caráter de norma invasora que os mesmos simulam na vida dos indivíduos, à medida que grande parte das facetas da mesma (alimentação, ócio, trabalho, etc.) passam a ser avaliadas por este ângulo. Ou seja, ainda segundo a referida autora, a participação do saber médico no estabelecimento contemporâneo de estilos de vida chama a atenção para as bases sociais e as formas institucionais da medicalização do espaço social (MITJAVILA, 1999).

Para Poli Neto (2007), medicalização consiste num tipo de processo definido através da assimilação ou introdução, no campo de objetos da medicina, de diversas anomalias. Mas a noção de medicalização apresenta um caráter polissêmico, haja vista que existem diversos significados atribuídos ao termo, tendo sido utilizado para denotar questões tais como a “ampliação da jurisdição médica na sociedade, aumento do número de médicos e de empresas médicas, maior dependência da população de serviços médicos ou de medicamentos, entre outras”.

É importante ressaltar que a “medicalização de condutas classificadas como anormais” estabeleceu-se em “praticamente todos os domínios de nossa existência.” (CAPONI, 2009, p.530). Assim, o binômio normalidade/anormalidade aparece como um substrato comum à maior parte dos processos de medicalização. Para Foucault (1992, p.181 apud CAPONI, 2009A, p. 535) a norma é o “elemento que circula do disciplinar ao regulador, que se aplica ao corpo e às populações e que permite controlar, ao mesmo tempo, a ordem do corpo e os fatos de uma multiplicidade humana”. O conceito de *normalidade* utilizado pela medicina moderna não pode ser separado do que “em determinado momento se reconhece como sendo a média ou frequência estatística de uma população. Aí começam a aparecer as dificuldades dessas tentativas

de definir, em termos ‘científicos’, normalidade e saúde.” (CAPONI, 2009A, p. 535). Associando a saúde à normalidade, estabelecendo esta última como frequência estatística, toda anomalia que fuja do “normal” será considerada patologia. Dessa forma, também será alvo de intervenção curativo-terapêutica.

Assim, torna-se possível falar de “medicalização da moral, da atividade sexual, da morte, da sociedade, ou ainda, fala-se em ‘socialização da medicina’”. Os médicos sempre se interessaram em determinar normas de comportamento para a vida das pessoas, que abarcam desde a vestimenta até a conduta sexual, entre outros. Nesse contexto, eles passaram a ser reconhecidos como conselheiros, peritos, responsáveis por ensinar regras de higiene, as quais seriam imprescindíveis para a saúde individual e coletiva e por isso deveriam ser respeitadas (REBELO, 2004, p. 15).

Isso acontece devido à função normalizadora do saber médico, ou seja, a medicalização ocorre a partir da classificação, avaliação e caracterização de inúmeros atributos da vida individual e coletiva em termos de normalidade-anormalidade. Esse critério de normalidade indica que tanto o conhecimento quanto a prática médicas instituem normas. (MITJAVILA, 1999).

Tendo em vista os fatores que historicamente tem impulsionado os processos medicalizadores do social, a literatura sobre o tema tende a privilegiar aqueles ligados às necessidades vivenciadas pela sociedade de exercer um controle sobre os indivíduos, no corpo e com o corpo. Os processos de medicalização da vida social exibem todo o poder da medicina técnico-científica para aparecer como o principal expoente na obtenção do reconhecimento como autoridade experta. Isso é possível na medida em que a medicina detém o monopólio para definir o que é doença e para tratá-la, monopólio este que se edifica com aprovação oficial, ainda que esse fenômeno tenha adquirido tamanha força a partir do século XIX.

Assim, segundo Foucault (1977, p.05), para a sociedade capitalista, desde o início do século XIX, “el cuerpo es una realidad biopolítica y la medicina uma estratégia biopolítica”. Além disso, o fenômeno da medicalização tem se estendido à um amplo leque de situações e condições sociais, revelando que “(...) a saúde, a doença e o corpo começam a ter bases de socialização e, simultaneamente, convertem-se em instrumentos de socialização dos indivíduos.” (FOUCAULT, 1976, p. 154).

De acordo com Mitjavila (1999) os fundamentos sociopolíticos desse tipo de função da medicina encontram-se em três tipos de fontes:

Inicialmente, a medicalização de problemas relativos às condições de vida dos setores socialmente subordinados tem constituído, em todas as sociedades capitalistas, um mecanismo facilitador da reprodução social da força de trabalho (DONNANGELO, 1979; MITJAVILA, 1989; MITJAVILA, 1999).

Em segundo lugar, a normatização medicalizadora é um pilar da “economia política da medicina”, à medida que “la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros” (FOUCAULT, 1976, p. 165).

Finalmente, a medicalização através do saber médico representa um campo propriamente socializador, em termos de legitimação de elementos dos universos simbólicos que integram um sistema de dominação (BERGER E LUCKMANN, 1983). A pesquisa empírica sobre este assunto tende a acumular resultados nesse sentido, especialmente nas áreas de institucionalização de papéis baseados nas desigualdades sociais (FITZPATRICK, 1990; MARTIN, 1992, MITJAVILA, 2009).

Sobre o problema da medicalização das sociedades contemporâneas Mitjavila (1999) afirma que uma das interpretações mais difundidas e de maior influência está representada no livro de Iván Illich, *Nêmesis Médica*, onde se encontram as bases do que pode ser tipificado como o grupo de teses mais aprofundado no pensamento social sobre a medicalização da vida. Segundo a referida autora, as seguintes informações merecem destaque:

1) A medicalização da vida é socialmente iatrogênica, o que significa que produz efeitos negativos ao nível das condições de saúde dos indivíduos. Para Illich (1987, *apud* Mitjavila 1999), como forma de exemplo, o carácter iatrogênico da medicalização possui três dimensões: a) clínica – expressa na substituição das capacidades naturais ou orgânicas pela administração heterogênea da saúde; b) social – que envolve a perda de controle, por parte dos sujeitos individuais e coletivos, tanto de suas condições internas quanto daquelas referidas ao meio ambiente; c) cultural – que ocorre quando a medicina mina nos indivíduos a capacidade de aceitar o sofrimento como parte da vida (MITJAVILA, 1999).

2) A medicalização inibe o exercício do direito ao autocuidado, como decorrência da instauração do monopólio da arte de curar por parte dos médicos, incapacitando os indivíduos de praticar o autoconhecimento e a auto intervenção terapêutica (ILICH, 1987, *apud* MITJAVILA, 1999).

3) Dessa forma, a medicalização amplia-se e penetra uniformemente a totalidade do tecido social, mediante a padronização do conhecimento e da intervenção sanitária. Segundo os temas mais aceitos, consiste num fenômeno suficientemente abrangente que torna universal e praticamente inevitável a exposição dos sujeitos sociais (MITJAVILA, 1999).

Concordamos com Mitjavila (1999) que a princípio essas três proposições poderiam ser corretas, já que, no mundo contemporâneo é inegável que a medicina penetra os mais recônditos espaços na sociedade. No entanto, os processos de racionalização, burocratização e de desenvolvimento tecnológico do setor costumam ser avaliados em termos de uma oferta de serviços altamente padronizada, no qual já não seriam contempladas nem as necessidades individuais, nem as respostas diagnósticas e terapêuticas às mesmas (MITJAVILA, 1999).

Porém, ainda de acordo com a referida autora, atentando-se às bases institucionais e aos contextos sócio-históricos dessa propriedade da prática médica, chega-se a diferentes conclusões, e, de certa forma opostas às teses correntes: (i) os efeitos iatrogênicos da prática médica não procedem exclusivamente de atributos intrínsecos da profissão, mas da rede complexa de fatores que configuram sua autonomia relativa para desenvolver conhecimentos e intervir sobre a vida social; (ii) o autocuidado consiste num componente chave das estratégias medicalizadoras, impulsionado pelas condições que a refuncionalização do conceito de risco introduz na modernidade tardia; (iii) a medicalização da vida é expansiva, mesmo que em intensidade, sua distribuição dos objetos e das estratégias que a organizam seja heterogênea (MITJAVILA, 1999).

Dáí a relevância de analisar as estratégias sanitárias, compreendidas como as orientações do saber e da prática médica, caracterizadas pela focalização de problemas ou de situações codificados em termos de saúde individual e coletiva, através de modelos e dispositivos funcionalmente ligados a outras áreas do espaço social (MITJAVILA, 1999).

Sendo assim, segundo MITJAVILA (1999), os processos de medicalização podem ser examinados de acordo com o tipo de estratégia que articula o saber e a prática médicos com esferas institucionais mais amplas. De acordo com esse critério, de acordo com a autora citada, podem ser identificados três tipos de estratégias sanitárias: *punitivas, arbitrais e socializadoras*.

As *estratégias punitivas* compreendem o conjunto de práticas técnico-políticas dirigidas à aplicação de sanções – como através de mecanismos de isolamento, estigmatização e confinamento – a determinados grupos de indivíduos portadores de “condutas socialmente desviadas” ou que representam algum tipo de ameaça ou risco social.

Já as *estratégias de tipo arbitral* referem-se ao universo de procedimentos cujo principal propósito é a emissão de juízos ou pronunciamentos sobre atributos individuais de natureza diversa. Ou seja, intervenções que costumam resultar na habilitação ou restrição dos sujeitos para ter acesso ao desempenho de papéis e a uma extensa variedade de condições sociais.

Finalmente, a expressão *estratégias socializadoras* alude ao conjunto de mecanismos que representam o substrato institucional ao qual Foucault (1976) denomina como *somatocracia*. Ele emprega tal conceito para se referir ao tipo de vigilância panóptica que pratica o Estado, no nível dos indivíduos, sobre e desde o próprio corpo, a fim de regular suas condutas. A condição para viabilizar esse tipo de estratégia – que consiste na mais ampla forma de controle social nas sociedades contemporâneas – associa-se ao protagonismo da *disciplina-mecanismo* (FOUCAULT, 1987), entendida como um tipo de relação social asseada na existência de parâmetros para o exercício da liberdade individual que são construídos a partir de coerções sutis ou, dito de outra maneira, numa exterioridade supostamente internalizada ou internalizável (MITJAVILA, 1999).

A tipologia de estratégias foi concebida na presente dissertação com fins analíticos, no sentido de facilitar a interpretação dos processos sociais que podem conter elementos de mais de uma das estratégias apontadas. Nesse sentido, em condições de modernidade tardia, a medicalização da vida social caracteriza-se por um conjunto de transformações nas funções sociais e nas estratégias do saber e da prática médicas. Assim, é preciso considerar os processos medicalizadores partindo da leitura dos traços mais significativos, na medida em que nos possam informar sobre as mudanças do saber médico que conduzem (MITJAVILA, 1999).

3.1 O CAMPO MÉDICO SANITÁRIO E A MEDICALIZAÇÃO SOCIAL

O campo médico sanitário e a medicalização social fazem parte da regulamentação da vida social, e interferem nesta a partir da institucionalização de suas práticas. Uma das características da medicina

contemporânea é o alto grau de complexidade, e de acordo com Mitjavila (1999, p.20), esta tem origem multidimensional e possibilita identificar aspectos relevantes como “uma importante divisão hierárquica do trabalho”; “uma crescente especialização funcional das esferas que a compõem”; e “um conjunto de conexões também complexas com outros âmbitos institucionais, como órgãos do governo, organismos internacionais e as principais agências estatais relacionadas à gestão de problemas sociais”. Ainda segundo a referida autora, uma das procedências que complexifica a análise, “consiste na dificuldade de identificar os principais âmbitos e agentes que participam na institucionalização das práticas discursivas e não discursivas que organizam a colonização médica da vida social”. Como decorrência de sua crescente complexidade, o saber médico se diversificou quanto a sua natureza, seus objetivos, sua organização social e suas condições de circulação e aplicação (MITJAVILA, 1999, p.21).

Assim, saber médico e exercício da medicina como profissão diferenciam-se, pois “o segundo constitui uma base fundamental na criação do primeiro; mas a medicina moderna conseguiu estabelecer o que poderia ser definido como o *campo médico-sanitário*” (Mitjavila, 1999, p.21). Ainda segundo a autora, tal expressão abrange o espaço social constituído pelas esferas do conhecimento que organizam os discursos e as práticas de agentes socialmente legítimos nos níveis científico, técnico, político e administrativo da gestão de segmentos problemáticos da vida social em termos de saúde e doença (MITJAVILA, 1999, p.21). Assim, classificam fenômenos sociais em nível de normalidade, intervindo sempre que algo ‘escapa’ desta. Para isto, conquistaram na sociedade uma determinada legitimidade capaz de lhe darem autonomia para intervir conforme suas regras. Desta forma, abordaremos a seguir a hegemonia médica, a fim de elucidar a autoridade cultural da medicina para falar de diversos assuntos, como por exemplo, da gravidez na adolescência. Esta – a gravidez ocorrida na adolescência - é problematizada de acordo com o tempo histórico e com o arcabouço cultural dominante.

A primazia do saber médico é tão grande que se torna inquestionável para os especialistas deste assunto, no entanto outros tipos de saberes participam da construção do campo sanitário, e compartilham das configurações e das estratégias discursivas da medicalização da sociedade (MITJAVILA, 1999). Assim, tendo em vista o protagonismo e suas consequências sociais, Mitjavila (1999, p.22) pontua que é oportuno atentar-se para o papel que desempenham alguns traços estruturais do saber e da prática médicas na construção das

fontes institucionais da medicalização de objetos sociais. Ainda segundo a autora, alguns aspectos da medicina moderna podem ser apontados, já que correspondem a fundamentos medicalizadores que podem ser achados em três tipos de fontes: (1) a autonomia do saber médico; (2) as características do poder e da autoridade médicos; (3) a natureza técnica da medicina, especialmente no que se refere às condições de produção / aplicação do conhecimento dos problemas que são codificados em termos de saúde e doença (MITJAVILA, 1999, p.22):

1. *A autonomia do saber médico*– A autonomia deste saber liga-se ao seu caráter profissional e é concedida pela sociedade, tendo seu alcance no direito *exclusivo* para definir quem deve realizar esse trabalho e como ele tem que ser feito. Tal autonomia é outorgada pela sociedade, não sendo, portanto, um atributo natural, mas socialmente construído. Assim, “a autonomia relativa da medicina de intervir sobre a vida social deriva dos graus de liberdade que aquelas exigências admitem.” (MITJAVILA, 1999, p. 24). Em diversos contextos, a autonomia desse saber é resultado de negociações políticas de convencimento social sobre a importância e necessidade da prerrogativa dessa auto-regulação da medicina técnico-científica, sendo na prática um reconhecimento e proteção estatal representados do saber e das práticas médicas. Essa autonomia técnica é a matriz dos outros aspectos da soberania médica, como a deslegitimação e/ou subordinação de outros saberes e práticas terapêuticas. E é por causa dessa autonomia e desse monopólio que a medicina tem influência sobre outras esferas do social.

2. *As características da autoridade e do poder médicos*– Assim como a autonomia assegura à medicina o direito de medicalizar, tal autonomia converte-se em uma fonte de poder. A essência da autonomia incide sobre o poder de definir e formular as regras que determinam o que é verdade ou não num determinado domínio. Como avaliou Foucault, essa característica viabilizou o nascimento da clínica e estabelece, epistêmica e sociologicamente um elemento decisivo do seu desenvolvimento como campo de conhecimento e de exercício do poder.

3. *A natureza técnica da medicina, principalmente quanto às condições de produção e aplicação do seu conhecimento nos problemas codificados como doença e saúde*– Através dessa característica que Freidson (1978) sintetiza na noção de

“mentalidade clínica”, a medicina busca a cientificação de um conjunto considerável de enunciados que, habitualmente, transmitem um forte conteúdo moral ou ideológico perante seus objetos. Outra característica de disciplinas técnicas como a medicina consiste na tendência à intervenção, em função de um tipo de racionalidade pela qual é sempre melhor fazer algo do que não ter feito nada. E isto, não somente relacionado à medicina clínica, mas também a fatores de cunho social, como a gravidez na adolescência, que é classificada e abordada pela medicina como um problema de saúde pública.

3.2 A AUTONOMIA DO SABER MÉDICO E A MEDICALIZAÇÃO DO SOCIAL

Conforme já mencionado, nosso interesse em tratar da medicalização frente à autonomia do saber médico está em entender como a hegemonia médica utilizou-se desses artifícios para corroborar suas práticas na sociedade e instituir padrões sociais legitimados pela população, no qual encontra-se inserida a Gravidez na Adolescência.

A autonomia do saber médico originou-se de seu caráter radicalmente profissional. Validamente, trata-se de uma verdadeira profissão quando determinada ocupação possui uma legítima autonomia organizada, pois “(...) uma profissão é diferente de outras ocupações porque lhe foi conferido o direito de controlar seu próprio trabalho” (FREIDSON, 1978, P.83). Destacam-se dois elementos nesta definição: em primeiro lugar, o fato de ser uma autonomia concedida deliberativamente pela sociedade, e segundo, sua amplitude em termos do direito exclusivo para determinar quem pode exercer seu trabalho legitimamente, e como este trabalho deverá ser realizado (MITJAVILA, 1999).

Tal autonomia, no entanto, não é uma simples concessão social. Não se trata de um predicado natural ou estável, mas de uma propriedade socialmente construída. Fazendo uso da perspectiva adotada por Bourdieu e Passeron (1982 apud Mitjavila, 1999) no estudo do ensino, pode-se definir autonomia como a capacidade de reinterpretar as exigências externas em função das possibilidades históricas da medicina de desenvolver a sua própria lógica. Ou seja, a autonomia relativa da medicina de intervir sobre a vida social deriva dos graus de liberdade que aquelas exigências admitem (MITJAVILA, 1992).

Sendo assim, nos diversos contextos nacionais, a autonomia do saber e a prática médica têm implicado processos de persuasão e

negociação políticas que concluíram com o convencimento socialmente generalizado da necessidade e importância de que seja conferido à medicina técnico-científica o privilégio de seu autoregulamento (FREIDSON, 1978, *apud* MITJAVILA, 1999, p.24). Conforme explicitado, em casos como a gravidez ocorrida na adolescência, a medicina, através de seu saber e sua prática médica, muitas vezes classificam-na como sendo uma gestação de risco, devido à idade da mãe.

De acordo com Freidson, 1978, e Starr, 1991, *apud* Mitjavila, 1999, p.25, “as lutas pela imposição da racionalidade e o poder médicos no espaço social da atenção à saúde em contraposição a outros saberes e outras práticas foram registradas em inúmeras pesquisas sócio-históricas relativas à origem da medicina moderna”. Assim, Mitjavila (1999, p.26) afirma que:

Com efeito, além das ocupações desterradas ou confinadas a um segundo plano pela medicina existe outras cujos serviços são relativos à cura e que, quando não são controladas, representam uma séria concorrência para o saber médico, como seria, por exemplo, a farmácia. A solução para estes casos tem sido, e continua sendo, obter do Estado o controle das atividades dessas ocupações, tanto para limitar o âmbito dessa atividade quanto para supervisioná-las ou dirigi-las.

Dessa forma, a autoridade cultural, não só do saber médico mas de todo saber, deverá ater-se ao cumprimento de valores essenciais ao conjunto social. A saúde sempre cumprirá tal função, e justamente em nome da saúde que a medicina justificará toda a sua intervenção na vida social. Tal autoridade cultural da medicina agrega algumas características, dentre as quais destacam-se o juízo e a intervenção orientados a um valor comum –a saúde –; a competência e o conhecimento profissional validados pelos pares; o conhecimento do saber médico baseado em fundamentos racionais e científicos. (STARR, 1991 *apud* MITJAVILA, 1998).

Assim, a medicina exerce a prevenção, o diagnóstico e a correção de condutas desviadas graças à autoridade que lhe é confiada pela sociedade. Ou seja, a autoridade cultural define-se como um atributo muito importante para o saber médico. “En esse sentido, la legitimidad de la medicina se convierte en un fundamento más de los procesos de

medicalización Del espacio social.” (MITJAVILA, 1998, p. 37). Ainda, no campo de reprodução humana,

“(…) a medicina exhibe essa vigorosa onipresença. Pode ser claramente apreciada no desenvolvimento de estratégias biopolíticas dirigidas ao controle do crescimento demográfico, no desenvolvimento técnico e empresarial vinculado às tecnologias reprodutivas, assim como na institucionalização de parâmetros éticos e valorativos da reprodução e das sexualidades humanas. (...) A medicalização da reprodução implica a extensão do domínio médico até novos objetivos que incluem, inevitavelmente, além dos aspectos biológicos ou somáticos que representam a razão de ser da disciplina médica, um universo consideravelmente amplo de questões sociais” (MITJAVILA, 1994, p.285).

O controle do crescimento demográfico e a institucionalização de parâmetros éticos e valorativos da reprodução e das sexualidades humanas incidem diretamente no controle dos corpos dos indivíduos, e conforme mencionado, fazem da medicina uma autoridade capaz de intervir na vida social. Dessa forma, a medicina estabelece normas e padrões sociais, medicalizando, e dessa forma controlando a vida das pessoas, como, por exemplo, a medicalização da reprodução, onde a medicina ‘institucionaliza padrões éticos e valorativos’ que incidem diretamente no ‘objeto’, tornando-o um problema. Percebemos então, que diversas situações da vida cotidiana - como a gravidez na adolescência - são problematizadas conforme o saber médico e levando em consideração as estratégias biopolíticas, sendo abordadas como um problema, tendo-se como referência os padrões construídos pela própria medicina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta dissertação, pretendeu-se descrever e analisar os aspectos biopolíticos da gravidez na adolescência, a partir da orientação atual de suas estratégias, onde a reprodução humana é alvo de intervenções do Estado e da sociedade.

A análise efetuada permitiu reconhecer a natureza sócio-histórica da problematização da gravidez na adolescência, e entender porque ela tem sido problematizada como um fenômeno que ameaça à saúde pública e à sociedade.

A adolescência é considerada um fenômeno recente na sociedade, já que nos últimos séculos a passagem da infância para a fase adulta dava-se mais cedo, já que a idade ideal para o casamento e a procriação era na faixa dos 12 aos 14 anos de idade, e após isso as adolescentes eram consideradas “velhas” para procriarem. Tempos depois a maternidade passou a ser considerada ideal quando ocorria antes dos 25 anos de idade. Já nas últimas décadas cresceram os discursos, nos campos médico-sanitário e político, que consideram a gravidez ocorrida em mulheres com menos de 20 anos de idade como um problema social, haja vista que a mesma deve ocorrer numa fase mais madura da mulher, onde ela possa estudar, trabalhar e se estabilizar financeiramente antes de engravidar, proporcionando ela mesma, todas as condições para que a criança cresça e tenha uma vida saudável.

Dessa forma, surgem discursos no espaço público que classificam a gravidez na adolescência como sendo de risco, que trazem prejuízos para o desenvolvimento da mãe e do bebê, entre outros, que evidenciam o caráter eugênico do problema, já que atribuem à gravidez na adolescência a responsabilidade pela transmissão da pobreza. A gravidez na adolescência é considerada necessariamente como indesejada, principalmente por “interromper uma trajetória natural” da adolescente, que deve dedicar-se aos estudos e à preparação para a inserção no mercado de trabalho.

No entanto, conforme demonstramos o discurso oficial de que a gravidez na adolescência vem aumentando a cada ano é falso, pois conforme mostramos através das estatísticas oficiais, o número de nascidos vivos de mães adolescentes vem sofrendo uma diminuição, enquanto nas outras faixas etárias estão aumentando. Percebemos a manipulação de dados pelo discurso oficial, no que tange à ocorrência de gravidez na adolescência, e como as políticas de população são voltadas para a sua prevenção.

Abordamos as políticas de população no Brasil com o intuito de demonstrar seu caráter eugênico e suas relações com as estratégias biopolíticas no controle da reprodução ampliada da pobreza. Tais políticas atuam no controle da sexualidade como alvo de disciplina e regulamentação. Através da sexualidade controla-se o corpo das pessoas, e consequentemente suas vidas. As políticas de população tem caráter biopolítico, e atuam na regulamentação da vida, controlando as taxas de fertilidade, de natalidade, mortalidade e em diversos mecanismos demográficos.

O controle referido dá-se de diversas formas, como através de campanhas de prevenção, programas, políticas, normas de regulamentação, diretrizes, entre outros. Além disso, atua diretamente sobre os adolescentes através da rede formal de ensino, onde a educação sexual é obrigatória, e aborda a prevenção da gravidez na adolescência, sem levar em consideração o desejo e a trajetória de vida das adolescentes.

Apresentamos alguns desses mecanismos de controle, como diretrizes, campanhas publicitárias, normas técnicas, entre outros, que ocorrem de forma pontual e focalizada, muitas vezes nem chegando a atingir seu público. Ou seja, o Estado problematiza o assunto, no entanto suas ações, por apresentarem um caráter eugênico de transmissão da pobreza, não o abordam no sentido de esclarecer e deixar a escolha por conta das adolescentes, e sim de forma a prevenir por ser esta a sua recomendação.

Dessa forma, a sexualidade / reprodução do biológico é tratada como um problema político, virando assim um problema biopolítico. O corpo e a sexualidade são utilizados como estratégia de biopoder, fundamentando a “anátomo-política do corpo humano” e a “biopolítica da população”.

Dessa forma, a biopolítica utiliza-se de estratégias eugênicas para melhorar a população, e por isso a gravidez ocorrida na adolescência, e que é considerada um feito das adolescentes pobres, é tratada como sendo prejudicial para a sociedade.

Abordamos também o papel do saber médico na problematização da gravidez na adolescência, onde por ter o conhecimento sobre o corpo, é autoridade para definir o que é normal e o que é patológico. Ou seja, através do seu caráter regulamentador, a medicina define a idade ideal para as mulheres terem filhos. No entanto o que se percebe é que essas regulamentações dão-se através do entendimento de problemáticas de ordem social. Dessa forma a medicina atua na regulamentação da vida, e classifica o que é normal e o que é patológico na saúde, sob os critérios

delimitados por ela. Assim, tudo que foge das normatizações medicalizadoras são considerados patológicos. E dessa forma a gravidez na adolescência é tratada por áreas específicas da medicina.

Dessa forma, a medicalização da vida busca, da mesma forma que a medicina atua em seu campo de conhecimento, definir o que é normal e o que é patológico na vida social, através de estratégias sanitárias definidas pelo saber e a prática médicas, através de dispositivos funcionalmente ligados a outras áreas do social.

A gravidez na adolescência é abordada apelando-se à responsabilidade individual, que é uma característica das políticas focalizadas de cunho neoliberal, que não garantem direitos nem possibilidades às adolescentes.

A pesquisa realizada apresentou algumas limitações tal como problemas no acesso a dados específicos atualizados, como planos, programas, e atuações do governo relativas à gravidez na adolescência, além de dados demográficos mais completos.

REFERÊNCIAS:

BERQUÓ, E. “Refletindo sobre as questões populacionais neste final de século”. Revista Novos Estudos CEBRAP n. 55, dezembro de 1999.

BERQUÓ, E. & CAVENAGHI, S. S442. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

BRANDÃO, E. R., “Individualização e Vínculo Familiar em Camadas Médias: Um Olhar Através da Gravidez na Adolescência”. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Marco Legal: Saúde, um Direito de Adolescentes. 1.^a ed. 1.^a reimpressão. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>> Acesso em: 10 de junho de 2010.

_____. Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei n.º 8.069, de 13/7/1990 - 6. ed. – Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2005.

CAPONI, S. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19 [2]: 529-549, 2009.

CAVALCANTI, RC. “Adolescência”. In: Comissão Nacional de Estudos sobre a Adolescência. Adolescência hoje. São Paulo: Roca, 2005.

CAVASIN, S; ARRUDA, S. “Gravidez na Adolescência: Desejo ou Subversão. PGM2. Série: Prevenir é Sempre Melhor. 1999.

COSTA, JF. “Ordem Médica e Norma Familiar”. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

COSTA, DP; BOZZ, AFC. “Corpo e Discurso: a noção de biopoder em Michel Foucault”. Revista Panorâmica Multidisciplinar n. 12. Barra do Garças, 2011.

FOUCAULT, M. “Em defesa da Sociedade”. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, M. “História da Sexualidade I: A vontade de saber”. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988, 20ª reimpressão, 2010.

FOUCAULT, M. “Segurança, Território, População”. Aula de 11 de janeiro de 1978. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

FOUCAULT, M. “Microfísica do Poder”. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2001.

GOLDANI, A.M. 1994 *apud* SARTI, C. A. “Famílias enredadas”. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (orgs.). Família: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: Cortez, Puc/SP, 2005. p. 21-36.

EMEMRICK, R. “Corpo e poder: um olhar sobre o aborto à luz dos direitos humanos e da democracia”. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: PUC.Departamento de Direito, 2007. Disponível em: www.lambda.ele.puc-rio.br. Acesso em: 20 de setembro de 2011.

MEZAN, R. “A vingança da esfinge – Ensaio de Psicanálise”. 3a. Ed. São Paulo:2002.

MONTEIRO, M. **Resenha - “Michel Foucault, Frank Mort e Jonathan Walters”.** Campinas, 1997. Disponível em:<<http://www.artnet.com.br/~marko/resenhafoucault.htm>>. Acesso em: 10 de setembro de 2010.

NUNES, S.A. **“Problematizando a gravidez na adolescência”.** Disponível em: <<http://www.revistaepos.org/arquivos/01/silviaalexim.pdf>>. Acesso em: 15 de julho de 2012.

PIROTTA, K.C.M. “Juventude, gênero e saúde: um estudo com alunos da Rede Estadual de Ensino Público de Santos”, São Paulo, 2007.

POLI NETO, P; CAPONI, S N.C.. A medicalização da beleza. Interface(Botucatu), Botucatu, v. 11, n. 23, dez. 2007 . Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 de setembro de 2011.

PORTAL BRASIL. Disponível em: <http://www.portalbrasil.net/historiageral_revolucaoindustrial.htm> Acesso em 8 de setembro de 2010.

RABINOW, P. ROSE, N., “O conceito de biopoder hoje”. Política e Trabalho – Revista de Ciências Sociais. N. 24. 2006,

REIS, DS. “A Via Crucis do Corpo: Foucault, Biopolítica e Sexualidade”. Revista Aproximação. N.2. Rio de Janeiro: UFRJ, 2009. Disponível em: <http://www.ifcs.ufrj.br/~aproximacao/2009.2/A%20Via%20Crucis%20do%20Corpo.pdf>>. Acesso em: 9 de setembro de 2010.

SANTANA, AL. “Era Vitoriana”. Publicação: 18/06/2010. Disponível em: <http://www.infoescola.com/historia/era-vitoriana/> Acesso em: 8 de setembro de 2010.

SIMÃO, AB. e Miranda-Ribeiro, P. (org.) “Qualificando os números: estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil”. Demografia em debate; v.2. Belo Horizonte: ABEP:UNFPA, 2008.

ANEXOS

ANEXO 01: DADOS DA ESTATÍSTICA CIVIL DE 2010:
NASCIDOS VIVOS, OCORRIDOS NO ANO DE 2010, SEGUNDO A
IDADE DA MÃE NA OCASIÃO DO PARTO:

Tabela 1.3 - Nascidos vivos, ocorridos no ano, por sexo e local do nascimento,
segundo a idade da mãe na ocasião do parto - 2010

| Idade da mãe na ocasião do parto | Nascidos vivos, ocorridos no ano | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|-----------|-----------|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-------|-----------|----------|
| | Total de registros | | | Local do nascimento | | | | | | | | |
| | Total (1) | Sexo | | Hospital (2) | | | Domicílio | | | Outro | | |
| | | Masculino | Feminino | Total | Masculino | Feminino | Total | Masculino | Feminino | Total | Masculino | Feminino |
| Total | 2 760 961 | 1 414 313 | 1 346 288 | 2 728 249 | 1 397 999 | 1 330 029 | 27 484 | 13 731 | 13 748 | 3 953 | 1 992 | 1 958 |
| Menos de 15 anos | 22 018 | 11 297 | 10 720 | 21 815 | 11 209 | 10 605 | 170 | 72 | 98 | 30 | 14 | 16 |
| 15 a 19 anos | 486 346 | 249 688 | 236 629 | 480 989 | 247 037 | 233 925 | 4 636 | 2 306 | 2 330 | 607 | 295 | 312 |
| 15 anos | 44 709 | 22 862 | 21 847 | 44 332 | 22 683 | 21 644 | 312 | 143 | 169 | 51 | 25 | 26 |
| 16 anos | 77 026 | 39 406 | 37 617 | 76 291 | 39 053 | 37 232 | 638 | 308 | 330 | 85 | 38 | 47 |
| 17 anos | 102 989 | 52 808 | 50 167 | 101 853 | 52 245 | 49 603 | 986 | 465 | 481 | 127 | 68 | 61 |
| 18 anos | 124 660 | 64 138 | 60 505 | 123 160 | 63 390 | 59 755 | 1 308 | 680 | 648 | 164 | 75 | 89 |
| 19 anos | 136 982 | 70 474 | 66 503 | 135 353 | 69 857 | 65 691 | 1 412 | 710 | 702 | 180 | 91 | 89 |

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estatísticas do Registro Civil 2010.

ANEXO 02: DADOS DA ESTATÍSTICA CIVIL DE 2009:
NASCIDOS VIVOS, OCORRIDOS NO ANO DE 2009, SEGUNDO A
IDADE DA MÃE NA OCASIÃO DO PARTO:

Tabela 1.3 - Nascidos vivos, ocorridos no ano, por sexo e local do nascimento,
segundo a idade da mãe na ocasião do parto - 2009

| Idade da mãe na ocasião do parto | Nascidos vivos, ocorridos no ano | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|-----------|-----------|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-------|-----------|----------|
| | Total de registros | | | Local do nascimento | | | | | | | | |
| | Total (1) | Total | | Hospital (2) | | | Domicílio | | | Outro | | |
| | | Masculino | Feminino | Total | Masculino | Feminino | Total | Masculino | Feminino | Total | Masculino | Feminino |
| Total | 2 764 642 | 1 415 650 | 1 348 674 | 2 723 532 | 1 395 027 | 1 328 236 | 34 535 | 17 230 | 17 303 | 3 763 | 1 918 | 1 845 |
| Menos de 15 anos | 22 665 | 11 684 | 10 980 | 22 401 | 11 553 | 10 847 | 228 | 114 | 114 | 20 | 9 | 11 |
| 15 a 19 anos | 501 547 | 257 388 | 244 111 | 404 781 | 253 963 | 240 752 | 5 672 | 2 937 | 2 934 | 497 | 263 | 234 |
| 15 anos | 45 731 | 23 525 | 22 202 | 45 216 | 23 242 | 21 970 | 433 | 241 | 192 | 44 | 25 | 19 |
| 16 anos | 77 582 | 40 146 | 37 831 | 77 016 | 39 663 | 37 348 | 817 | 409 | 408 | 76 | 32 | 44 |
| 17 anos | 106 783 | 54 857 | 51 918 | 105 410 | 54 145 | 51 257 | 1 183 | 603 | 580 | 103 | 58 | 45 |
| 18 anos | 127 458 | 65 206 | 62 238 | 125 600 | 64 287 | 61 299 | 1 624 | 791 | 833 | 131 | 71 | 60 |
| 19 anos | 143 593 | 73 654 | 69 922 | 141 519 | 72 626 | 68 878 | 1 815 | 893 | 921 | 143 | 77 | 66 |

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estatísticas do Registro Civil 2009.

ANEXO 03: DADOS DA ESTATÍSTICA CIVIL DE 2008:
NASCIDOS VIVOS, OCORRIDOS NO ANO DE 2008, SEGUNDO A
IDADE DA MÃE NA OCASIÃO DO PARTO:

Tabela 13 - Nascidos vivos, ocorridos no ano, por sexo e local do nascimento,
segundo a idade da mãe na ocasião do parto - 2008

| Idade da mãe na ocasião do parto | Nascidos vivos, ocorridos no ano | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------|-----------|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-------|-----------|----------|
| | Total de registros | | | Local do nascimento | | | | | | | | |
| | Total (1) | Total de registros | | Hospital (2) | | | Domicílio | | | Outro | | |
| | | Masculino | Feminino | Total | Masculino | Feminino | Total | Masculino | Feminino | Total | Masculino | Feminino |
| Total | 2 798 042 | 1 435 103 | 1 362 652 | 2 754 975 | 1 413 420 | 1 341 326 | 37 410 | 18 732 | 18 670 | 3 246 | 1 641 | 1 603 |
| Menos de 15 anos | 23 149 | 11 968 | 11 181 | 22 857 | 11 816 | 11 041 | 262 | 133 | 129 | 24 | 14 | 10 |
| 15 a 19 anos | 519 605 | 286 856 | 252 720 | 512 205 | 263 123 | 249 058 | 6 651 | 3 343 | 3 307 | 464 | 249 | 215 |
| 15 anos | 45 464 | 23 365 | 22 093 | 44 922 | 23 072 | 21 844 | 476 | 257 | 219 | 45 | 24 | 21 |
| 16 anos | 79 437 | 40 890 | 38 542 | 78 399 | 40 396 | 38 000 | 896 | 423 | 467 | 90 | 40 | 50 |
| 17 anos | 108 110 | 55 424 | 52 680 | 106 549 | 54 635 | 51 909 | 1 409 | 699 | 709 | 86 | 57 | 29 |
| 18 anos | 133 017 | 68 247 | 64 765 | 130 959 | 67 215 | 63 740 | 1 872 | 943 | 929 | 119 | 59 | 60 |
| 19 anos | 153 577 | 78 930 | 74 640 | 151 376 | 77 805 | 73 565 | 1 998 | 1 015 | 983 | 124 | 69 | 55 |

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores
Sociais, Estatísticas do Registro Civil 2008.

ANEXO 04: DADOS DA ESTATÍSTICA CIVIL DE 2007:
NASCIDOS VIVOS, OCORRIDOS NO ANO DE 2007, SEGUNDO A
IDADE DA MÃE NA OCASIÃO DO PARTO:

Tabela 1.1 - Nascidos vivos, por ano do nascimento,
segundo o lugar de residência da mãe - antes de 1999 e 1999-2007

| Lugar de residência da mãe | Nascidos vivos, por ano do nascimento | | | | | | | | | | (continua) |
|-------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-------------------|
| | Total de registros | Ano de nascimento ignorado | Antes de 1999 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | |
| Brasil (1) | 3 063 973 | 26 | 59 187 | 6 958 | 9 418 | 10 798 | 14 276 | 20 066 | 29 863 | 51 599 | 110 946 2 750 836 |

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estatísticas do Registro Civil 2007.

ANEXO 05: DADOS DA ESTATÍSTICA CIVIL DE 2006:
NASCIDOS VIVOS, OCORRIDOS NO ANO DE 2006, SEGUNDO A
IDADE DA MÃE NA OCASIÃO DO PARTO:

Tabela 1.3 - Nascidos vivos, ocorridos no ano, por sexo e local do nascimento,
segundo a idade da mãe na ocasião do parto - 2006

| Idade da mãe na ocasião do parto | Nascidos vivos, ocorridos no ano | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------|-----------|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-------|
| | Total de registros | | | Local do nascimento | | | | | | |
| | Total (1) | Total de registros | | Hospital (2) | | | Domicílio | | Outro | |
| | | Masculino | Feminino | Total | Masculino | Feminino | Total | Masculino | Feminino | Total |
| Total | 2 803 938 | 1 439 402 | 1 364 357 | 2 750 890 | 1 412 276 | 1 338 470 | 47 430 | 24 259 | 23 165 | 2 907 |
| Menos de 15 anos | 22 161 | 11 368 | 10 791 | 21 769 | 11 155 | 10 612 | 366 | 197 | 169 | 10 |
| 15 a 19 anos | 551 093 | 282 783 | 268 268 | 541 177 | 277 762 | 263 377 | 9 038 | 4 566 | 4 469 | 459 |
| 15 anos | 44 578 | 22 900 | 21 677 | 43 871 | 22 535 | 21 326 | 638 | 324 | 314 | 38 |
| 16 anos | 82 920 | 42 590 | 40 323 | 81 507 | 41 858 | 39 642 | 1 288 | 673 | 615 | 60 |
| 17 anos | 110 225 | 60 561 | 57 697 | 116 166 | 59 500 | 56 659 | 1 985 | 960 | 925 | 100 |
| 18 anos | 145 746 | 74 834 | 70 903 | 143 070 | 73 495 | 69 568 | 2 452 | 1 217 | 1 234 | 112 |
| 19 anos | 159 614 | 81 986 | 77 703 | 156 563 | 80 370 | 76 182 | 2 775 | 1 392 | 1 381 | 149 |
| | | | | | | | | | | 74 |
| | | | | | | | | | | 1 430 |

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estatísticas do Registro Civil 2006.

ANEXO 06: DADOS DA ESTATÍSTICA CIVIL DE 2006:
PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS, SEGUNDO OS GRUPOS
DE IDADE DA MÃE. BRASIL – 2000-2006:

Percentual de nascidos vivos, segundo os grupos de idade da mãe
Brasil - 2000-2006

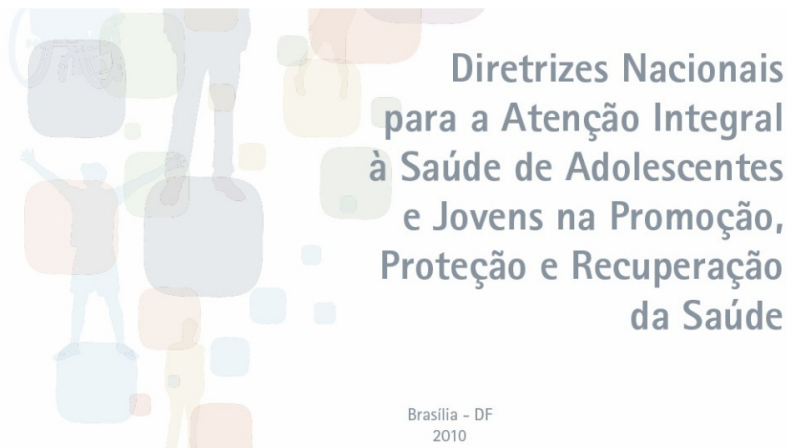
| Grupos de idade da mãe | Percentual de nascidos vivos (%) | | | | | | |
|---------------------------|----------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
| Menor de 10 anos | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 10 a 14 anos | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 |
| 15 a 19 anos | 22,5 | 22,4 | 21,8 | 21,3 | 21,0 | 20,9 | 20,6 |
| 20 a 24 anos | 31,1 | 31,3 | 31,6 | 31,4 | 30,9 | 30,5 | 29,9 |
| 25 a 29 anos | 22,5 | 22,4 | 22,6 | 23,0 | 23,4 | 23,7 | 24,1 |
| 30 a 34 anos | 13,8 | 13,8 | 14,0 | 14,2 | 14,5 | 14,7 | 15,0 |
| 35 a 39 anos | 6,7 | 6,8 | 7,0 | 7,0 | 7,1 | 7,1 | 7,4 |
| 40 a 44 anos | 1,7 | 1,8 | 1,8 | 1,8 | 1,9 | 1,9 | 2,0 |
| 45 a 49 anos | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |
| 50 anos e mais | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Idade igncrada | 0,6 | 0,5 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,0 |

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos 2000-2006.

ANEXO 7 - CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS SOBRE A PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: CARTILHA: A ADOLESCENTE GRÁVIDA E OS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO.



ANEXO 8 - CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS SOBRE A PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: DIRETRIZES NACIONAIS PARA A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS NA PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE.



**Diretrizes Nacionais
para a Atenção Integral
à Saúde de Adolescentes
e Jovens na Promoção,
Proteção e Recuperação
da Saúde**

Brasília - DF
2010

ANEXO 9- CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS SOBRE A PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: CAMPANHA SAÚDE DO ADOLESCENTE (PROSAD): SEXUALIDADE E GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA – GOVERNO DO CEARÁ.

- Centro de Saúde José de Alencar
Rua Guilherme Rocha, 510 - Centro
Fone: (085) 221.5423 - Ramal 25
- Hospital Geral de Fortaleza
Rua Des. Lauro Nogueira, s/n
Fone: (085) 234.6111 - Ramal 234
- Hospital Infantil Albert Sabin
Rua Tertuliano Sales, 544 - Vila União
Fone: (085) 247.1774
- Instituto de Prevenção do Câncer
do Ceará
Rua Assis Chateaubriand, 58 - Dionísio
Torres
Fone: (085) 244.2122
- Maternidade Escola Assis
Chateaubriand
Rua Coronel Nunes de Melo, s/n -
Rodolfo Teófilo
Fone: (085) 281.1900
- Coordenação do Programa de
Saúde do Adolescente - PROSAD
Av. Pessoa Anta, 274 - Praia de Iracema
- Fortaleza/Ceará
CE 60.060-120 F. (085) 336.3363

PROGRAMA DE SAÚDE DO
ADOLESCENTE (PROSAD)

APOIO: FNUAP

COM A COLABORAÇÃO DO
PROGRAMA VIVA MULHER

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ



SECRETARIA DA SAÚDE



**Sexualidade
e gravidez na
adolescência**

Como viver a sexualidade sem medo,

ANEXO 10 - CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS SOBRE A PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: JORNADA DE EDUCAÇÃO COMUNITÁRIA SOBRE SEXUALIDADE E SAÚDE REPRODUTIVA DE ADOLESCENTE E ADULTOS – GOVERNO DO CEARÁ.

através do Programa Viva Mulher / PROSAD e a Prefeitura Municipal, apoiam as comunidades dando a oportunidade de que elas mesmas desenvolvam as Jornadas.

A Comunidade deve formar uma Equipe de Gestão que se responsabilize pela coordenação, tanto da preparação e desenvolvimento, como da avaliação e continuidade das Jornadas.

*** PREPARAÇÃO:** A Equipe de Gestão seleciona e capacita animadores (jovens, mulheres e homens adultos); mobiliza a comunidade como um todo, fazendo parcerias com instituições e associações de bairro; prepara a infra-estrutura necessária e compromete a participação dos profissionais e agentes educativos.

*** DESENVOLVIMENTO:** A Equipe de Gestão fica responsável, pelo bom andamento de todo o processo, favorecendo a auto-gestão de cada um dos pequenos grupos de conversação; pela avaliação diária e preparação do dia seguinte; e organiza o ato tanto da abertura quanto do encerramento.

*** AVALIAÇÃO E CONTINUIDADE:** A Equipe será encarregada de coordenar a avaliação por parte dos participantes, dos animadores e dos profissionais e de estimular iniciativas para a sua continuidade.

*** COMO PARTICIPANTE:** Você se compromete em assistir aos três dias, inscrevendo-se com a Equipe de Gestão de sua comunidade.

*** COMO ANIMADOR:** Você é um participante, que tem como missão organizar seu respectivo grupo de conversação durante a jornada. Para essa missão você é convidado a participar de uma jornada prévia de treinamento.

*** COMO PROFISSIONAL DE APOIO:** Você se compromete a assistir aos três dias, se responsabilizando pelo momento informativo, depois de ter observado o momento de Problemáticação.



*** COMO MEMBRO DA EQUIPE DE GESTÃO:** Você como representante de alguma organização ou associação comunitária pode se comprometer a parte desta equipe, dirigindo-se a Secretaria de Saúde de seu Município.

VIVA MULHER / PROSAD
Patrocínio e Assistência Técnica do
Fundo de População das Nações Unidas.
(FNUAP)

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
DIS - PROGRAMA SAÚDE
DA FAMÍLIA

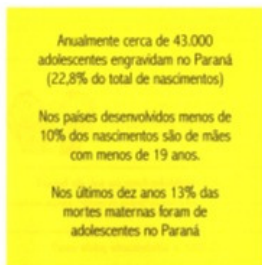
**Jornada de Educação
Comunitária sobre Sexualidade
e Saúde Reprodutiva
de Adolescente e Adultos.**



**Prevenção da Gravidez
Não Planejada Gravidez
na Adolescência e DST - A9DS**

VIVA MULHER / PROSAD

ANEXO 11 - CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS SOBRE A PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: CAMPANHA: ADOLESCÊNCIA SEM FILHOS É MUITO MAIS LEGAL – SECRETARIA DA SAÚDE DE CURITIBA / PARANÁ.



"Toda criança e adolescente tem direito a orientação e educação sexual"
MINISTÉRIO DA SAÚDE



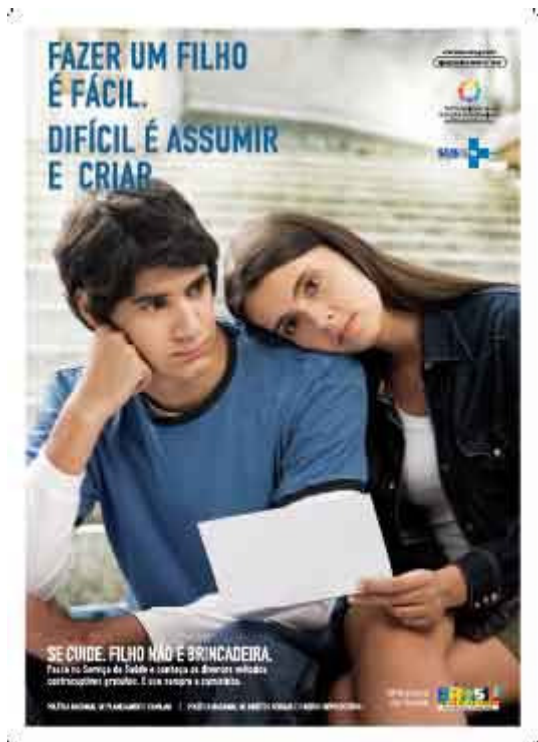
Agente:
CN-DST / Aids do Ministério da Saúde
E-mail:gravidade@sms.curitiba.pr.gov.br



ANEXO 12 - CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS SOBRE A PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: CAMPANHA DE PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ INDESEJADA NA ADOLESCÊNCIA – MINISTÉRIO DA SAÚDE.



ANEXO 13 - CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS SOBRE A PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: CAMPANHA DE PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ INDESEJADA NA ADOLESCÊNCIA – MINISTÉRIO DA SAÚDE.



ANEXO 14 - CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS SOBRE A PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: CAMPANHA DE PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ INDESEJADA – MINISTÉRIO DA SAÚDE.



**SE CUIDE,
FILHO NÃO É BRINCADEIRA.**

Proteja-se durante da vida e cuido-se da criança e do futuro cidadão brasileiro.

PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Ministério da Saúde

**MÉTODOS HORMONAIS:
DISCIPLINA NO USO.**

A PÍLULA ANTI-GRÁVIDEZ: DISCIPLINA NO USO.

A PÍLULA ANTI-GRÁVIDEZ é um método contraceptivo muito eficaz, mas exige disciplina no uso. Deve ser tomada todos os dias, na mesma hora, sem falhas. Se não for tomada corretamente, pode ocorrer uma gravidez indesejada. É importante lembrar que a PÍLULA ANTI-GRÁVIDEZ não protege contra a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

INJEÇÃO

A INJEÇÃO ANTI-GRÁVIDEZ é um método contraceptivo muito eficaz, mas exige disciplina no uso. Deve ser aplicada regularmente, a cada 28 dias, por um profissional de saúde. Se não for aplicada corretamente, pode ocorrer uma gravidez indesejada. É importante lembrar que a INJEÇÃO ANTI-GRÁVIDEZ não protege contra a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

PÍLULA ANTI-GRÁVIDEZ: DISCIPLINA NO USO.

A PÍLULA ANTI-GRÁVIDEZ é um método contraceptivo muito eficaz, mas exige disciplina no uso. Deve ser tomada todos os dias, na mesma hora, sem falhas. Se não for tomada corretamente, pode ocorrer uma gravidez indesejada. É importante lembrar que a PÍLULA ANTI-GRÁVIDEZ não protege contra a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

**MÉTODOS CIRÚRGICOS:
UMA DECISÃO CONSCIENTE.**

IMPLANTE PARA O HOMEM

O IMPLANTE ANTI-GRÁVIDEZ é um método contraceptivo muito eficaz, mas exige uma decisão consciente. É uma cirurgia simples e segura, realizada por um profissional de saúde. O implante libera hormônios que impedem a ovulação e a fertilização. É importante lembrar que o IMPLANTE ANTI-GRÁVIDEZ não protege contra a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

LIGADURA PARA A MULHER

A LIGADURA ANTI-GRÁVIDEZ é um método contraceptivo muito eficaz, mas exige uma decisão consciente. É uma cirurgia simples e segura, realizada por um profissional de saúde. A ligadura impede a passagem dos óvulos para a trompa. É importante lembrar que a LIGADURA ANTI-GRÁVIDEZ não protege contra a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

**CONHEÇA OS
MÉTODOS
PARA EVITAR
A GRAVIDEZ.
USE SEMPRE
CARETÍCULA.**



ANEXO 15 - CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS SOBRE A PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: CAMPANHA DE PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ INDESEJADA – PROSAD – PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO/RJ (FRENTE).

Pra que tudo corra bem com você e seu bebê

- Se a gravidez tiver acontecido por um ato de violência (cometido por familiar, conhecido ou estranho), a lei permite que você faça o aborto em um hospital público.
- O profissional de saúde não precisa que pedem ajudar você, neste momento tão especial da sua vida.
- Informar-se sobre as atividades para adolescentes, gestantes e familiares que acontecerem nos pontos de saúde.
- Depois da parto, vá ao posto fazer o acompanhamento de sua saúde e do seu bebê.

Telefone 273 68 46

Este folheto foi elaborado pela equipe de PROSAD/CMO DL, baseada no Estatuto da Criança e do Adolescente, na Lei Federal nº 4607 de 15.04.73, no nome do Ministério da Saúde e na Lei Municipal nº 1.199 de 08.06.89.


PROSAD
Programa de Prevenção da Gravidez Indesejada


Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro
Secretaria de Saúde


Adolescente se você está grávida aqui vai nosso recado


ANEXO 16 - CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS SOBRE A PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: CAMPANHA DE PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ INDESEJADA – PROSAD – PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO/RJ (VERSO).


**Corra atrás
de seus
direitos**

 Nas provas de saúde, maternidades e hospitais, você deve ser tratado com respeito e ter garantia de atendimento.


 Nas consultas de pré-natal, peça que preencham o seu "cartão da gestante".


 Durante a gravidez e depois de ter bebê, você deve continuar estudando e, após o 6º mês de gestação, pode receber a matéria e os exercícios em casa e fazer as provas na escola.


 Ao se internar para o parto na maternidade, você pode ficar com um acompanhante. No final da gravidez, procure escolher quem irá com você.


 Se você achar que seus direitos não estão sendo respeitados, procure a Comissão Tutelar mais próxima de sua residência. Esta é a órgão encarregada de velar pelo cumprimento dos seus direitos. Informe-se pelo tel : **322-0117**


**É legal tomar
algumas cuidados**


 Assim que você souber que está grávida, vá ao posto de saúde fazer o pré-natal; aproveite bem as consultas para conversar, se informar e tirar dúvidas.


 Se sentir que algo não vai bem, procure atendimento mesmo se for antes do dia da consulta marcada.


 O exame é muito importante, inclusive o teste anti-HIV (teste da Aids), lembre-se de buscar o resultado antes do parto.


 Mesmo grávida, use camisinha sempre que transar; assim você se protege, e também ao bebê, das doenças sexualmente transmissíveis, como a sífilis e a Aids.

 Alcool, cigarros e drogas fazem mal a sua saúde e a do bebê; não use.

 Quanto mais você souber sobre o parto, mais tranquila vai ficar. Procure se informar, participe de um grupo de gestantes e tente conhecer uma maternidade.

 Leve o seu "cartão da gestante" para a maternidade quando for ter o bebê.

 Informe-se sobre os cuidados com o bebê e prepare-se para amamentar.

 Depois do parto é importante pensar em adiar uma nova gravidez. Pergunte no seu posto como conseguir métodos anticoncepcionais.